С.А.Кулаков

Супервизия в психотерапии



Учебное пособие для супервизоров и психотерапевтов

Санкт-Петербург
2004

Рецензенты:
доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ Б.Д. Карвасарский, руководитель Федерального научно-методического центра по психотерапии и медицинской психологии и главный психотерапевт МЗ РФ;
зав. кафедрой клинической психологии РГПУ имени А.И.Герцена, доктор психологических наук, профессор В.А. Ананьев, Президент Гильдии психотерапии и тренинга Санкт-Петербурга;
главный психотерапевт г. Костромы М.Л. Пайкин

Издание осуществлено с помощью спонсорской поддержки МЦ С.П.Семенова «Вита»

Содержание

Предисловие автора

Супервизия становится неотъемлемым звеном до- и последипломной подготовки психотерапевтов и клинических психологов.

Супервизия (от supervidere — обозревать сверху) — это один из методов теоретического и практического повышения квалификации специалистов в области психотерапии, клинической психологии и др. в форме их профессионального консультирования и анализа целесообразности и качества используемых практических подходов и методов психотерапии. Теории рассматриваются на лекциях, описываются в учебнике, приемы демонстрируются на практических занятиях, но психотерапия, в процесс которой вовлечены два или несколько человек, их отношения, переносы, не может быть изучена посредством традиционного способа преподавания. Супервизия отражает «ремесленный аспект» психотерапии. Психотерапия дает возможность пациенту высказать свои переживания на приеме у специалиста, супервизия позволяет психотерапевту (супервизируемому) предоставить на супервизию выборочный материал психотерапии.

В супервизии опытный «эксперт по межличностным отношениям» помогает начинающему психотерапевту систематически видеть, осознавать, понимать и анализировать свои профессиональные действия и свое профессиональное поведение. Сложности, возникающие в процессе профессиональной деятельности (актуальный конфликт), стимулируют внутренний конфликт психотерапевта и механизмы его психологической защиты и совладания. Исходя из этого супервизия, наряду с обучением (в смысле передачи новых знаний и навыков), включает элемент психологического развития специалистов.

Преподаватель-супервизор в силу своего клинического и педагогического опыта знаком со многими психотерапевтическими направлениями, представлениями о типах характеров, формах защиты, моделями внутрипсихического и межличностного функционирования, т. е. ему проще систематизировать поток поступающей информации.

Супервизия и психотерапия представляют параллельные категории, они связаны между собой в единую систему. Эта связь обеспечивается благодаря формированию в супервизии и психотерапии положительного переноса, частью которого является бессознательная идентификация и подражание.

Супервизия, хотя и может оказывать лечебное воздействие, не является психотерапией. Если супервизор использует первую как вариант психотерапии, преподаватель становится психотерапевтом, стажер — пациентом. При смешении этих двух функций — возникает этическая проблема двойных отношений, которая может серьезно повредить и - нивелировать все ценности предшествующего контакта. Поэтому, супервизия — это особое вмешательство. Цель супервизии — превратить молодого специалиста в опытного психотерапевта, а не в опытного пациента. Если начинающий психотерапевт нуждается в психотерапии, то ее следует проводить другому профессионалу, а не супервизору.

Апробация идей, описанных в этой книге, проходила на базе Приморского ПМС - Центра, Центра психотерапии и практической психологии г. Костромы, в Государственном учреждении Тюменской области «Наркологический реабилитационный центр», МЦ С.П.Семенова «Вита», Зимней школе Гильдии психотерапии и тренинга Санкт-Петербурга,
1-м некоммерческом семинаре по психотерапии, III-м Съезде Российской психотерапевтической ассоциации.

Учебное пособие предназначено в первую очередь супервизорам, но может быть полезна как психотерапевтам, так и другим специалистам помогающих профессий, участвующих в психотерапии.

В приложении приведен ряд полезных диагностических оценочных форм, которые можно использовать при супервизии.

Сергей Кулаков, доктор медицинских наук, профессор кафедры клинической психологии Российского государственного университета имени А.И.Герцена, председатель супервизорского совета Российской психотерапевтической ассоциации

Предисловие

Глава 1 СУПЕРВИЗИЯ И СУПЕРВИЗОРСТВО

Определения супервизии

Термин супервизор происходит от латинских корней и означает «смотреть поверх». В оригинале он относился к мастеру среди группы ремесленников. Сто лет назад в руках мастера в магазинах Новой Англии, как правило, сосредотачивалась почти полная власть над рабочей силой. Мастер мог предлагать работу, нанимать людей, использовать их в работе по своему усмотрению и существовать за счет разницы между продажной ценой и зарплатой для рабочих.

Супервизия — это один из методов теоретического и практического повышения квалификации специалистов в области психотерапии, социальной работы и др., в форме их профессионального консультирования и анализа целесообразности и качества используемых практических подходов и методов психотерапии. Супервизия — это процесс, во время которого супервизор и супервизируемый вместе узнают что-то новое о клиенте, друг о друге, о себе.

Супервизия позволяет специалистам акцентировать внимание на цели и направлении своей работы, формировать системные подходы к стратегии и тактике проводимого лечения, планировать и прогнозировать эффекты терапии и вмешательств, а также осознавать свои ошибки и корректировать индивидуальные планы коррекции поведения клиента и его лечения.

Клиническая супервизия заботится о реальной работе супервизируемых в таких областях, как терапевтические отношения, благо клиента (client welfare), допуск на клиническую работу и приемлемость вмешательств, клинические навыки и прогноз. Другими словами, клиническая супервизия уделяет внимание слабым профессиональным и личностным сторонам супервизируемого, напрямую влияющими на благо клиента.

Супервизия как лечение

Ряд источников определяют супервизию как форму терапии, или, по крайней мере, как терапевтический процесс. Различие состоит в том, что супервизия — это лечение лечения (а не врача). И хотя супервизор не должен лечить супервизируемого, в супервизии могут и должны решаться терапевтические проблемы. Если консультируемый испытывает проблемы, мешающие клиническому

функционированию, они должны стать «зернами» для супервизорской «мельницы». Атмосфера супервизии должна быть надежным убежищем супервизируемому, где он мог бы исследовать личностные проблемы и проблемы профессионального роста. В такой среде поведение супервизора устойчиво соответствует модели, в какой следовало бы проводить терапевтический сеанс.

Супервизор — участник супервизорского процесса, а не посторонний наблюдатель. Так же как фокус психотерапевта смещается от пациента к диаде пациент-терапевт, так в супервизию включается триада пациент-супервизируемый-супервизор. Супервизия не является чистой терапией, но отношения между супервизором и супервизируемым имеют и терапевтический аспект. Психотерапия дает возможность пациенту отреагировать значимые переживания на приеме у специалиста, а супервизия позволяет супервизируемому предоставить на сеанс выборочный материал психотерапии. Супервизируемый нередко приносит фрагмент занятия, зависящий и от его «бессознательного».

Важность неосознаваемого процесса у супервизирумого и супервизора было описано 50 лет назад в литературе по социальной работе. В 1955 году Searls внедрил концепцию «отражающего процесса», который вскоре стал известен как «параллельный процесс». Под ним подразумевались отношения в супервизии, которые повторяли поведение или интеракцию в терапии, подчеркивая взаимосвязь терапевтической и супервизорской ситуации. Параллельный процесс может начаться с конфликта в любой из трех частей: супервизор, терапевт или пациент — соответственно возникать и в терапии и в супервизии. Примером параллельного процесса может служить следующая иллюстрация.

Учебный пример №1.

Супервизируемый Николай Д.,40 лет, докладывает свой случай. «Полина, 38 лет. Обратилась к психотерапевту по рекомендации гастроэнтеролога, наблюдавшего ее дочь, с жалобами на жгучие боли в нижней части кишечника, сопровождающиеся вздутием живота и чувством неполного опорожнения, трудности с засыпанием, тревожность.

Родилась в провинциальном городке от второй беременности. Младший ребенок в семье. Старший брат, 44 лет, женат, у него растет два сына, 23 и 16 лет. Свое раннее детство клиентка помнит плохо. Единственное оставшееся воспоминание о том, что в детский сад ходила с большой неохотой, и мать ее не работала, но вела огромное хозяйство, в котором девочке тоже со временем отводилась большая доля. Теплоты, ласки никогда от родителей не ощущала. («Была, наверное, недолюбленным ребенком».) В школе училась хорошо, была старательной. В 13 лет возникла первая любовь к другу ее брата. Родители были крайне против этих отношений, всячески препятствовали встречам. Затем парень ушел в армию, а через год после службы женился на своей однокласснице. Тем не менее, эпизодические дружеские отношения сохранялись у нее на протяжении последующих лет, и когда ей исполнилось 30 лет, у нее произошла с ним первая интимная близость, а затем отношения прекратились. В 17 лет она уехала из дома и поступила в технический вуз. Учеба съедала все время. Хотелось сходить в театр, музей. Но времени было мало. Проживала в студенческом общежитии. После окончания института работала технологом, удалось прописаться в рабочем общежитии. С 25 лет отмечает периоды «жутких» недомоганий, немотивированные снижения настроения. С 27 лет состоит на учете по поводу очаговой склеродермии. Отношения с противоположным полом не складывались. Помнила слова матери: «Будь скромной, и парень тебе сделает предложение». Но проходили годы, и ее застенчивость как стена стояла между нею и мужчинами. После «случайной связи с первой любовью» было несколько мимолетных романов с мужчинами, но они внезапно обрывались с сохранением обиды в душе («Разрыв и гудбай!»). В 32 года начала работать в частном предприятии. Его директор нравился всем женщинам, и они боролись за внимание к ним. Нередко устраивались вечеринки, на которых женщины соревновались в искусстве соблазнять директора. Поначалу Миша, назовем так ее начальника, старше ее на 2 года, не обращал на нее внимания, но спустя год предложил поехать в Москву на выставку продукции. В гостинице между ними произошла интимная близость. При возвращении в Петербург старалась не показывать вида, что между нею и директором что-то произошло, но в женском коллективе начались сплетни. Подруга Полины Наталья преложила все усилия, чтобы на очередном празднике соблазнить Мишу. Полина очень сильно переживала предательство («Задушила бы обоих!»), но внешне вела себя холодно и не раскрывала свои эмоции. Мысли о предательстве стали навязчивыми и возникали круглосуточно. Прокручивала в голове диалоги с обоими, но так и не решилась отреагировать свои чувства. Навязчивое состояние стало мешать работе. Пришлось обратиться к «бабке». Местная знахарка поставила диагноз «порчи», провела сеанс

внушения с чтением заговоров, и одержимость предательством подруги вскоре пошла на убыль. Около полугода длилась «холодная война», затем вновь произошло между ними сближение. Миша уверял Полину в серьезности своих чувств, извинялся за мимолетную слабость, и вскоре их отношения приобрели устойчивый характер. Отношения с подругой стали чисто формальные.

О семье Михаила. В момент развития его романов воспитывала двух подростков-мальчиков. Когда Полина по настоянию Михаила родила ребенка, девочку, история приобрела огласку, и вскоре у законной жены стала выявляться сердечная симптоматика. В такой ситуации Михаил не смог оставить жену, а у Полины вследствие того, что события пошли не тем путем, возникло два приступа ярости. Эмоции сменились затем чувством вины, что она «убийца матери его детей» (хотя жена заболела сердечной болезнью, а не умерла).

Во время родов клиентка испытывала тошноту, сама беременность протекала спокойно. Первый месяц жила с ребенком в общежитии, затем переехала в купленную Михаилом для нее квартиру («Думала, что он к нам перекочует»). Ожидала, что Михаил к ней переедет, но он появлялся редко, ссылаясь на занятость. Уход за ребенком отнимал много сил («Не представляла, как трудно рожать и воспитывать детей, и вдвойне, когда Миша это не понимает»). И хотя ей последовательно помогали родственники, их помощь была кратковременной. Приехавшая погостить мать Полины, увидев в каких хороших «хоромах» живет ее дочь, вместо ожидаемой ею поддержки стала завидовать и высказывать дочери разные претензии. («Выдержать это было невозможно. Искала повод, чтобы отправить мать обратно домой»).

Когда дочери исполнился год, у Полины появились постоянные позывы в туалет, симптоматика вскоре сменилась болевым синдромом. Жгучие боли стали появляться почти ежедневно, усиливались при волнении. Полина неоднократно обследовалась у проктологов и гастроэнтерологов. Гастроэнтеролог поставил диагноз «синдром раздраженного кишечника» и рекомендовал обратиться к психотерапевту. Еще более поверила в «нервный характер» ее заболевания, после того, когда узнала, что на майские праздники Михаил к ней не приедет, а поехал в Прагу, взяв с собой жену и старшего сына. «Я рыдала два дня. Самочувствие его жены дороже моего. Обида распространялась по всему телу». Заметила также, когда Михаил несколько дней проводит время с ней и дочерью, боли стихают. Когда обещает и не приезжает, у нее «случается психоз». «Рыдаю и проклинаю все на свете. Бросаю трубку. Миша всем делает хорошо, а претензий он не любит».

Дочери исполнилось 3 года, и Полина на неполный день определила ее в детский сад. Девочка стала часто болеть аллергическими заболеваниями. Полина много внимания уделяет собственной дочери: «Вы не представляете, какое это счастье заниматься с ребенком. Ведь мать не заменит ни одна няня».

Психотерапия была начата на фоне медикаментозной терапии эглонилом (150 мг сутки). В процессе 9 сеансов проводившихся с интенсивностью 1-2 раза в неделю интегративной психотерапии последовательно прорабатывались следующие темы: ревность, ненависть, обиды. На последней сессии пациентка затронула отношения со своей дочерью. Ее волновало, правильно ли она ее воспитывает».

Запрос супервизируемого был следующий: какие ресурсы не использованы во время психотерапии? Как долго проводить терапию?

> ✋В последние годы на наше мышление влияют постмодернисткие тенденции в проведении психотерапии и супервизии: отказ от экспертной оценки, акцент на слушании, а не наблюдении за пациентом, эклектичность подходов, коллегиальность в принятии решений, постановка многомерных гипотез. Социокультуральный подход дополняет интерпретативные стратегии, осуществляемые на эмоциональном, когнитивном и поведенческом уровне.

Психотерапевт и группа выдвинули следующие гипотезы. Объектные отношения Полины были нарушены с детства, сформировался жесткий когнитивный сценарий, в течение четырех лет обстоятельства вынуждали ее играть роль жены «двоеженца». Своим симптомом Полина пытается удержать «мужа». Синдром раздраженного кишечника отражает множество тайн и «грязи», которую сохраняла и не «выбрасывала» пациентка.

В ходе дополнительных вопросов и группового обсуждения постепенно вскрылся «комплекс провинциальной девушки» у Полины. Ключевым пунктом послужил вопрос участника группы, что значит фраза пациентки: «Я впервые для себя открыла мир сказок?»

Супервизируемый. Да я вспомнил, о чем я забыл сказать в своем рассказе. Когда она приехала в Петербург, то хотела культурно развиваться, но не было времени. Никто ни разу не догадался, что она из провинции. Когда она бывала с Мишей, а он разгадывал кроссворды, Полина тушевалась, потому что не знала многих слов. О картине она могла лишь сказать, нравится она ей или нет. Его жена Ирина происходила из семьи с дворянскими корнями, была очень начитанной и эрудированной, знала несколько языков. Она как-то вскользь сказала, что хотя Михаилу и нравится секс с Полиной, но если она не будет развиваться, а разговаривать о своих болезнях, может наскучить ему…».

Комментарий супервизора. Этот случай для представления был выбран не случайно, демонстрирует явления «параллелинга»: супервизируемый также приехал из небольшого городка Псковской области, поступил в медицинский вуз после фельдшерского училища, отслужив три года на флоте. Долгое время жил в общежитии, работал последовательно на скорой помощи, затем закончил ординатуру по психиатрии, поздно женился. Крайне трудолюбив и исполнителен. Имеет дочь 5 лет. Хотя к моменту супервизии он уже почти 10 лет работал психотерапевтом, отдаленное сходство характера пациентки и ее жизненной истории сделало терапевта нечувствительным к важной области исследования (препятствующий контрперенос).

Осуществив личностный и социокультуральный подход в анализе проблем Полины, Николай получил ответы на свои вопросы и смог завершить работу с пациенткой.

Супервизия подобна терапии не потому, что супервизор проводит терапию, а потому что терапевт проводит супервизию. Другой понятный пример: личность, навыки и стиль терапевта переносятся на роль супервизора. Хотя супервизируемый не рассматривается как пациент, супервизор продолжает смотреть глазами терапевта — человека чувствительного к переживаниям, восприимчивого к интрапсихическим проблемам и межличностной динамике и тренированного в определенной модели терапии. Все, что делает терапевт, в большей или меньшей степени напоминает терапию, тогда как супервизия, проводимая, скажем, экспертом в бизнес-менеджменте, сильно отличается от клинической супервизии.

Супервизор должен действовать в значительной степени как консультант, ориентированный на супервизируемого, как на личность. Цель супервизора — способствовать росту супервизируемого в роли консультанта. В частности, супервизор в процессе консултирования и сеансов супервизии исследует чувства супервизируемого (включая чувства по поводу конкретных вмешательств), предоставляя для супервизируемого возможности поработать с аффектами и/или защитами последнего. Супервизор облегчает самопознание супервизируемого и помогает ему выявить личностные проблемы и зоны развития.

Поддерживающие функции консультирования порождают крайне важную проблему «границ»: до какой точки (если таковая есть) будет адекватно консультировать супервизируемого? Особенно это касается консультантов по зависимостям, пришедшим в эту область после собственного выздоровления или из семьи с родителями-алкоголиками (таким образом, так или иначе, их собственная жизнь затронута алкоголизмом или злоупотреблением веществами). Их личностный рост и выздоровление частично зависят от работы в должности консультанта этих больных. Если супервизор не сможет разрешить проблему личностного роста консультанта, эта проблема может помешать консультанту в клинической работе.

Как правило, центральной точкой супервизии должен быть клинический материал. Однако, если консультант обнаруживает личностную проблему, мешающую клиническому процессу, супервизор должен видеть, что консультант хочет поддержки для выхода из тупика. Проблема границы здесь в том, где, когда и как следует провести консультирование. Однако, в большинстве клинических супервизорских ситуаций (особенно к тем, где супервизор является начальником консультанта), можно с уверенностью сказать, что клинический супервизор не обязан и обычно не должен проводить личностное консультирование супервизируемых. Тем не менее, адекватной будет адресация к внешнему терапевту. Такое направление необходимо во избежание двойственности отношений (интерролевого конфликта), что компрометирует супервизорские отношения. В особенности — терапевтические отношения, которым в целом присуща некоторая доля зависимости, должны быть вне супервизии.

В супервизии квалифицированный консультант способствует профессиональному росту супервизируемого через вербальное клиническое осмысление и обсуждение, а значит — супервизируемый приобретает необходимые навыки и учится действовать независимо. Супервизор

помогает консультанту сконструировать терапевтический стиль с вовлечением своей личности, что поддержит консультанта в его профессии.

Единое определение супервизии

Нижеследующее определение, охватывающее многочисленные аспекты клинической супервизии, — основа построения единой модели супервизии.

Клиническая супервизия — организованный, обучающий процесс, имеющий четыре пересекающиеся цели (административную, оценочную, клиническую и поддерживающую), в котором принципы трансформируются в практические навыки.

Давайте проанализируем ключевые слова этого определения. Во-первых, супервизия — организованный процесс. Он имеет график работы и временной лимит, определенную повестку дня и ожидания. Эти требования заработали печальную славу часто нарушаемых правил. Большая часть того, что зовется супервизией — это разнообразные варианты «подошел в коридоре и сказал...», возникающие в кризисных ситуациях и случайно.

На вопрос: «Как много времени еженедельно вы уделяете супервизии?», клинические супервизоры часто отвечают: «Сорок часов в неделю». Этот ответ — суть провала на первом экзамене супервизии. Тот, кто так отвечает, скорее всего, проводит неструктурированную, неорганизованную супервизию. Наоборот, эффективная клиническая супервизия упорядочена. Психотерапевты должны подготовить к сеансу презентацию случаев и принести клинический материал (заметки, аудио/видеозаписи). От супервизора ожидается просмотр случаев, подготовленных к сеансу.

Во-вторых, супервизия — обучающий процесс. В отличие от занятий по другим предметам, супервизия не может решить отдельные проблемы каждого студента в отдельности. Она включает в себя оценку прогресса и индивидуализированный учебный план, который включает в себя знания консультанта о действиях в особых клинических ситуациях.

В-третьих, супервизия — это процесс, основанный на отношениях доверия и уважения, установленных по обоюдному согласию. В свете этого, супервизор является инструктором, поддержкой, наставником, другом, руководителем, преподавателем и коллегой. Необходимо, чтобы это было когнитивным согласием между супервизором и супервизируемым (эта позиция, особенно касательно начинающих консультантов, принимает особую значимость в отношении прогрессивного движения в супервизии).

Наконец, принципы трансформируются в практику. Большинство консультантов (особенно в сфере работы с алкоголизмом и злоупотреблением психоактивными веществами) имеют превосходные начальные навыки. Они демонстрируют эмпатию, искренность, конкретность и силу. Однако начинающие психотерапевты теряются при необходимости определить, что и зачем они сделали. У них минимальны способности к концептуализации планов лечения и к обоснованию конкретных клинических вмешательств.

Учебный пример № 2.

Психотерапевт, работающий с больными алкоголизмом в стационаре, сделал следующий запрос на супервизии: «Я разочаровался в гештальт-терапии». Супервизор попросил рассказать о каком-нибудь последнем случае, где использовалась гештальт-терапия. Он описал пациентку 25 лет, неоднократно проходившей лечение, как традиционными методами психотерапии, так и «кодированием». Его сеансы посещала нерегулярно, требовала руководства и поощрения. Сведения о семье были собраны в полном объеме. Супервизор попросил молодого коллегу построить скульптуру семьи. Он выбрал на роли пациентки, матери и отца из участников в групповой супервизии и представил ее следующим образом. Родители и дочь сели на стулья на одной линии, мать придерживала рукой дочь за плечо. Далее супервизор задал вопрос: «Может ли при такой ситуации выполняться принципы гештальт-терапии: актуальность, ответственность, осознавание?». Ответом послужило осознание супервизируемого, что он не строил гипотез по поводу происхождения алкоголизма у своей пациентки, вследствие чего недоучел созависимость матери и «проигнорировал» подключение системного подхода в работе с этой пациенткой.

Основные модели супервизии

Систематический метод, в котором проводится супервизия, называется «моделью». Модели супервизии отражают концептуальную и методологическую базу супервизора, его подходы к практике психотерапии в русле избранного им направления или школы. Чаще всего имеют место: (1) эволюционные модели, (2) модели специфичной ориентации и (3) интегративные модели.

Эволюционные модели

В основе эволюционных моделей супервизии лежит представление, что все мы продолжаем расти: растут наши желания, начинания и усилия, меняются паттерны поведения. Сочетая наш опыт и наследственные склонности, мы развиваем в себе сильные стороны и ищем новые сферы для роста. Исследования показали, что с ростом опыта супервизируемого менялось поведение супервизора и их взаимоотношения. Так появилась научная основа эволюционных тенденций и паттернов в супервизии.

В литературе подчеркивается значение восьми зон развития для каждого супервизируемого: вмешательство, компетентность в навыках, приемы и методы оценки, межличностные характеристики, концептуализация происхождения проблем клиента, индивидуальные различия, теоретическая ориентация, цели и план лечения, профессиональная этика. Помощь супервизируемым в осознании их сильных сторон и зон развития, делает нас ответственными за их дальнейшее развитие и как специалистов помогающих профессий, и как супервизоров.

Модели специфичной ориентации

Психотерапевты, принявшие на вооружение определенный вид терапии (например, психоаналитический, проблем-разрешающий, поведенческий, позитивной) часто считают, что наилучшей «супервизией» является анализ практики истинным приверженцем данной терапии. Ситуация аналогична таковой в спорте, где энтузиасты верят, что лучшим инструктором будет лидер в том же виде спорта. Модель специфичной ориентации соответствует теории и методологии какого-либо отдельного направления или школы психотерапии. Она требует, чтобы супервизор не только обучался, но и практиковал в русле данного направления/школы и прошел соответствующую супервизорскую подготовку, подтвержденную сертификатом.

Интегративные модели

Интегративная модель базируется на подходе к психотерапии как к стратегии и тактике терапевтического контакта, независимо от выбора стратегии воздействия. Интегративная модель супервизии в таком случае становится универсальной и концентрируется на следующих моментах:

- процессе терапевтического контакта (вербальная и невербальная коммуникация, глубина, эмоциональность и др.);
- информированном согласии;
- структурировании сессии и курса;
- процессе концептуализации психосоциогенеза заболевания или симптомов;
- избранных мишенях для работы (например, симптом, личность, уровень организации личности, когнитивные, эмоциональные, мотивационные процессы, межличностные отношения и др.);
- соответствии выбора целей и средств вмешательства;
- целенаправленности и результативности психотерапевтического процесса в целом.

Супервизия в семейной психотерапии

С точки зрения теории, отличительным признаком семейной супервизии на протяжении всей ее короткой истории была системная ориентация. Другой характерной ее чертой был акцент на очные формы супервизии и рассмотрение этических вопросов в более широком семейном, культуральном и общественном контексте.

✋Супервизия в семейной терапии — это «специфичное развитие терапевтических возможностей супервизируемого в контексте лечения семей».

Семейная система часто описывается как постоянно эволюционирующая и саморегулируемая. В процессе консультирования системные изменения проявляются во взаимодействиях между членами семьи и во взаимодействиях с другими системами (такими, как супервизор, группа консультантов, службы социальной помощи, правовые системы и т.д.). Более того, каждая семья-клиент может восприниматься как особая группа людей, имеющих общую и уникальную историю, присущие лишь им внутренние правила и социальное поведение.

Вследствие этого, супервизируемые семейного консультирования встречаются с особенно сложной и сильно изменчивой ситуацией, в которой они могут испытывать выраженную тревогу. Используемые в супервизии подходы могут считаться методами эффективного совладания как со сложностью и силой семейной системы, так и со вторичной тревогой супервизируемых.

Тревога также может возникнуть тогда, когда супервизируемые сталкиваются в работе с ситуацией, сходной с их собственной обстановкой в семье. Обычно супервизоры семейного консультирования обращают больше внимания на развитие клинических навыков супервизируемых, нежели на помощь коллегам в разрешении семейных проблем. Среди этих супервизоров принято проводить супервизию, основанную на компетентности и четко отграниченную от личной психотерапии. Эта практика свидетельствует об общем убеждении, что, имея солидный репертуар клинических целей и навыков, супервизируемые смогут справляться с эмоциями и проблемами, как со своими, так и с принадлежащими консультируемым семьям.

Супервизоры семейной психотерапии считают очную супервизию особенно эффективной, так как супервизор может помогать и супервизируемому, и семье, изменяя ход консультирования в процессе наблюдения. К другим общепринятым методам супервизии относят просмотр видео- или аудиозаписей и устный отчет.

Одна из целей просмотра видеозаписи — помочь коллегам улучшить их навыки восприятия и концептуализации. После просмотра части сеанса супервизируемого можно попросить, например, описать "лейтмотивы" или взаимодействия членов семьи; наметить тип вмешательства, которое было бы эффективно в сходных ситуациях в дальнейшем; рассказать, что нового они узнали о семейном консультировании после этого сеанса. Практика устных отчетов супервизируемого также способствует клиническому росту. Устный отчет благоприятствует процессу взаимного задавания вопросов между супервизируемым и супервизором, что помогает супервизируемому организовать информацию о семьях и «носителях симптомов» в удобную для анализа систему.

✋Многие идеи, изменившие супервизию семейного консультирования, порождены точкой зрения социальных конструкционистов. Это — мнение, что "реальность формируется нашим видением мира".

Влияние конструктивистких (нарративных) идей на семейную терапию привело к трансформации некоторых принципов проведения групповой супервизии в этой области. Остановимся на некоторых из них.

1.Члены группы наблюдателей вместе участвуют в беседе. Преимущество реальной беседы состоит в том, что идеи рождаются и развиваются во взаимодействии членов группы.

2.Психотерапевты пытаются не инструктировать и не направлять семью. Вместо этого необходимо выявить многообразие восприятий и конструкций так, чтобы члены семьи могли выбрать то, что им интересно или полезно.

Один из конструктивистских методов супервизии использует рефлексивную группу равных. Такой процесс часто начинается с интервью, в котором супервизор предлагает супервизируемому разобрать случай, связанный с консультированием семьи (очно или заочно), в то время как группа молча наблюдает. Затем члены группы делятся разнообразными наблюдениями и мыслями, которые, по их мнению, могут помочь супервизируемому в работе с семьями. В задачи рефлексивной группы входит: а) активное участие супервизируемых в совместном конструировании реальности; б) создание атмосферы сотрудничества и поддержки; в) поощрение обмена альтернативными мнениями, которые могут помочь супервизируемым решить тупики и дилеммы, возникающие в консультировании. Члены команды обмениваются мыслями с супервизируемым в демократичной манере и часто используют вопросительные

утверждения типа: "Интересно, что было бы, если...", "Может ли быть так, что..." или "Что изменилось бы, если...".

Являются ли модели супервизии взаимоисключающими, или они могут уживаться? Модели систематично уделяют внимание благоприятным супервизорским отношениям, целенаправленной структуре, методам, включающим разнообразие стилей обучения, множественности супервизорских ролей и улучшению навыков коммуникации (слушание, анализ, уточнение). Специфическая модель реализуется преимущественно через вариант индивидуальной супервизии, но не исключает группового варианта (например, психодраматическая или психоаналитически-ориентированная групповая супервизия).

Условия супервизии

Супервизор — квалифицированный специалист-психотерапевт, проводящий супервизию путем профессионального консультирования психотерапевта, обратившегося за супервизией (подробнее см. Приложение 2). Консультирование проводится им на основе наблюдения и специфического анализа зафиксированных фрагментов практической работы психотерапевта с последующим или одновременным обсуждением с коллегой особенностей терапевтического контакта, текущей и планируемой лечебной стратегии и тактики. Обсуждение проводится в форме диалога и обратной связи супервизора, завершается его устными рекомендациями и письменным заключением.

Супервизируемый (**объект супервизии**) — это практикующий психотерапевт или специалист, проходящий стажировку по психотерапии и обратившийся за супервизией. Его потребность в супервизии определяется как собственным запросом с целью профессионального и личностно-профессионального роста, так и необходимостью в получении сертификата психотерапевта с зачетом не менее 50 часов супервизии. Предварительная подготовка психотерапевта к процессу супервизии заключается в фиксации необходимых фрагментов практической работы с пациентом /пациентами (разные фазы психотерапии: от интервью и формулирования диагноза, выделения психологических мишеней и заключения психотерапевтического контракта, информирования пациента о целях и последовательности избранных методов терапевтической интервенции до выполнения собственно психотерапевтических методов и подведения итогов работы). Кроме того, супервизируемый должен предусматривать концептуальное обоснование медицинского диагноза, психосоциогенеза заболевания и отдельных симптомов, а также избранной им стратегии и тактики лечебной помощи. Личностные проблемы супервизируемого являются предметом обсуждения с супервизором при наличии тесной связи первых с ошибками терапевтического контакта и терапевтической интервенции. В некоторых случаях заявка супервизируемого может содержать анализ причин сопротивления пациентов процессу лечения или "выпадения" (drop out) пациентов из лечебного процесса.

Можно ли провести ранжирование навыков супервизируемых на стандартном бланке? В супервизии оценка – это очень субъективное дело, связанное с взаимодействием между супервизором и супервизируемым. Тем не менее, оценочные шкалы полезны как подсказка, в какой сфере профессиональных навыков имеется прореха. В качестве иллюстрации приводим оценочную супервизорскую форму, проверяющую интегративные психотерапевтические навыки (Приложение 1)

Супервизорский контракт — документ, составленный в форме единовременного или долгосрочного договора между супервизором и супервизируемым (в случае групповой супервизии — между супервизором и каждым участником групповой супервизии). В супервизорском контракте оговорены следующие условия супервизии:

- предварительно обсужденные цели супервизии, исходящие из заявки супервизируемого и требований супервизора;
- количество представляемых на супервизию случаев (пациентов);
- фиксированное место, количество и время встреч;
- модель, уровень, форма и вариант супервизии;
- форма и объем материала, представляемого супервизируемым;
- количество рабочих (оплачиваемых) часов супервизора;
- количество зачетных часов супервизии;

- форма заключения супервизора и сроки его представления;
- гонорар супервизора (сумма, форма и сроки оплаты). Контракт скрепляется личными подписями супервизора и супервизируемого.

Непременным условием контракта является соблюдение конфиденциальности информации, касающейся представленного пациента и личностно-профессиональных качеств супервизируемого.
В большинстве случаев постановка цели автоматически определяет уровень, форму и вариант супервизии, форму и объем представляемого материала, а также форму заключения. Однако, как и в психотерапевтическом контракте, уровень супервизии будет зависеть не только от запроса супервизируемого (группы супервизируемых), но также и от опытности супервизора.

Подготовка к супервизии

Предварительная подготовка к процессу супервизии заключается в фиксации необходимых фрагментов практической работы с пациентами (пациентом, пациентами): от интервью и формулирования диагноза, выделения психологических мишеней и заключения психотерапевтического контракта, информирования пациента о целях и последовательности избранных методов психотерапевтического вмешательства или коррекции до выполнения собственно психотерапевтических методов и подведения итогов работы.

Между психотерапевтом и супервизором заключается супервизорский контракт — документ, составленный в форме единовременного или долгосрочного договора между супервизором и супервизируемым (в случае групповой супервизии — между супервизором и каждым участником групповой супервизии). Контракт скрепляется личными подписями супервизора и супервизируемого. Непременным условием контракта является соблюдение конфиденциальности информации, касающейся представленного пациента и личностно-профессиональных качеств супервизируемого.

В предварительном супервизорском контракте необходимо оговаривать все рабочее (оплачиваемое время супервизора: анализ представленных супервизору материалов обычно занимает 1,5 часа, продолжительность обсуждения с супервизируемым — 1 час при индивидуальной работе, 2 часа — при групповой работе, оформление заключения — 0,5 часа).

В большинстве случаев постановка цели автоматически определяет уровень, форму и вариант супервизии, форму и объем представляемого материала, а также форму заключения. Однако, как и в психотерапевтическом контракте, уровень супервизии будет зависеть не только от запроса супервизируемого (группы супервизируемых), но также и от опытности супервизора.

При планировании формы и объема материала супервизор имеет право запрашивать для супервизии материалы сессий с разными пациентами (не менее 3-х) или психотерапевтические занятия с одним и тем же пациентом в динамике психотерапии (не менее трех фрагментов сеансов, отражающих начало, середину и завершение психотерапевтического процесса).

Преподаватель обязан подготовить и провести супервизию таким образом, чтобы не возникало недоразумений и трудностей на пути к открытому обучению. Например, он может задать ряд вопросов учащемуся по поводу его образования, поинтересоваться слабыми и сильными сторонами его обучения. Сталкивался ли он ранее с супервизорской консультаций или работой в балинтовской группе, и оправдала ли она его надежды? Как он сам оценивает свои профессиональные качества как психотерапевта? Проходил ли он сам курс индивидуальной или групповой психотерапии? Информация об учащихся в начале цикла обучения помогает преподавателю сориентироваться и выбрать форму и вариант проведения супервизии. В случае проведения супервизии в рамках образовательной программы супервизорские занятия вносятся в расписание, и учащиеся заранее знают, кто из них будет участвовать в той или иной форме супервизии. Супервизия служит как метод обучения и контроля над учебной деятельностью. Кроме умения структурировать материал, супервизируемый должен иметь представление о современных классификационных системах, многоосевой диагностике, уметь определять психотерапевтический диагноз и провести интервью по генограмме (см. Приложение 3,4,5), а также аргументировать выбранные им стратегию и тактику психотерапевтической помощи.

Учебный пример №3.

Яна, 38 лет. Проходила психотерапевтическое лечение по поводу бронхиальной астмы. История пациентки. Родители – мать врач- педиатр, отец – инженер химик-технолог. В возрасте 1 года с

промежутком в полгода дважды была госпитализирована в инфекционную больницу, где проводилось лечение антибиотиками. Из воспоминаний Яны: «…Мама рассказывала, что она меня просила, чтобы я не плакала, когда мне делают уколы, ведь она – врач, и мне нехорошо показывать другим детям плохой пример. И я действительно была терпеливой, старалась мужественно все переносить. И когда я болела ангинами, все тяжелые процедуры дома для горла мама мне делала сама, и уколы тоже. Но дома я плакала, убегала, и со мной приходилось справляться уговорами, но уже если я соглашалась все сделать, то уже терпение было под усилиями воли». В детском саду Яне часто, почти на все утренники давали выучить стихи, песни, она старалась сделать все хорошо. Но на самих утренниках появлялось то же беспокойство и тревога, сопровождавшееся увлажнением ладоней. Внешне девочка старалась это не показывать, но внутри шла огромная борьба. А после того, как она заканчивала выступление, состояние тревоги сразу не уходило, расслабиться и успокоиться было трудно. В 6,5 лет девочка пошла в музыкальную школу, где ей очень нравилось. Но во время экзаменов, зачетов на всем протяжении обучения она опять испытывала сильнейшее волнение, руки не слушались в начале игры, колени тряслись, и тревога перед выступлением резко нарастала. Из-за частых ангин, по настоянию врачей в 8,5 лет была проведена операция по удалению миндалин и аденоидов. Мать перед операцией подарила книгу «Четвертая высота», и они вместе читали ее. Героиня была примером мужества для ребенка. Из воспоминаний Яны: «Если ты будешь хорошо себя вести и не кричать на операции, то это будет твоя первая высота», – сказала мама мне перед операцией. Врачи ее все знали, и я понимала, что я, дочка врача, не должна расплакаться. Во время операции огромным усилием воли я не издала ни звука, и врач все время говорил, что если я так и буду держаться, то все пройдет быстрее. Ладони были мокрые, ноги дрожали, сердце стучало в висках, все это, конечно, в памяти осталось как сплошной кошмар и ничего больше». В школе девочка также всегда старалась: «уже с первого класса могла тетрадями писать палочки и крючочки», за что родители ее хвалили. В музыкальной и средней школе она была отличницей до 5 класса. Потом появилась одна или две четверки, но это ее не расстраивало, т.к. девочка понимала, что много болеет и лучшего ей не добиться. При переезде в другой город стал чаще обостряться «диатез» (нейродермит – так уже стояло в диагнозе), увеличились реакции организма на прием пищи. С подросткового возраста у девушки стали возникать приступы затрудненного дыхания, особенно в ситуациях повышенной ответственности. В возрасте 22 лет Яна вышла замуж за однокурсника, через год у них родилась дочь. Первые годы семейной жизни особых психологических трудностей для нее не представляли. Она и сейчас считает, что семейная жизнь удалась, и она счастлива с мужем. Основным переживанием является факт осознания, что они с мужем противоположны эмоционально. И вследствие этого, многое для нее воспринимается болезненно, когда она видит, что есть эта разница в восприятии мира. В 1992 г. Яне пришлось изменить свою работу. До этого она работала инженером вместе с мужем. Стала заниматься коммерческой деятельностью. Само направление деятельности ее не пугало, но собственные внутренние конфликты и напряженный, ритм работы были достаточно велики.

Примерно в 1995 году количество приступов в день возросло примерно до 6 раз. Времени на стационарное лечение не оставалось. Простого купирования приступов было явно недостаточно. Чувство тревоги стало почти естественным для нее. Впервые в 1999 году, попав на 2 недели в стационар, она была на консультации психотерапевта. Как открытие прозвучал для нее диагноз «бронхиальная астма, психозависимое течение». Яна знала о финском происхождении своего мужа, и в ее голове возник план переезда за границу. Ей удалось восстановить документы в архиве в Финляндии, добиться получения визы, но выехать удалось только мужу, а семья осталась в России. Кроме того, перед выездом у мужа был обнаружен вирус гепатита «С», и врачи дали заключение, что прогноз неблагоприятный. На этом фоне Яне пришлось заниматься делами мужа, преодолевать сопротивление бывшего его шефа и вернуть обещанный долг, продавать машину. Ожидаемой помощи и поддержки от семьи мужа она не получила. Свекровь звонила почти ежедневно и плакалась о своем состоянии, желании поскорее выехать, упрекала невестку за какие-то мелочи. Все это вызывало горькое чувство обиды. Муж звонил редко, приезжая в Россию, не оказывал ей эмоциональной поддержки. И последний год – 2002 явился в психологическом плане самым трудным. Понимая, что многие приступы происходят именно из-за ее неправильного психологического состояния, Яна все равно ничего не могла изменить. Чувство волнения, тревоги, даже уже при простейших жизненных ситуациях захватывали ее, и на работе у нее возникали приступы астмы.

Они регистрировались уже при просмотре фильма, слушании музыки, или просто при обдумывании сложных ситуаций на работе или домашних дел. Вот в таком состоянии она обратилась к психотерапевту и смогла сделать свои первые шаги в осознанной психологической работе над лечением своей астмы, возраст которой уже 26 лет. В ходе первого интервью были определены основные проблемы и «когнитивные искажения» (конструкты). Первые два из них имеют в основе «долженствования» разного происхождения: одно из них относилось к трансгенерационным проблемам: мать Яны вступила в конфликт с родителями мужа, что послужило причиной сильного напряжения между родителями в семье в первые годы их брака, отсюда: «Нельзя конфликтовать с родственниками»». Второе возникло в процессе воспитания по типу «повышенной моральной ответственности». Третье – связано с ограничением на выражение эмоций. Развитие психосоматического расстройства шло на фоне воспитания по типу «повышенной моральной ответственности». Было выявлено значительное мышечное напряжение в верхней части туловища. Исходя из этого, решено было провести комплексную психотерапию, состоящую из индивидуальной психотерапии с акцентом на психодраматической проработке интра - и интерперсональных конфликтов («вербальная психотерапия») и подключения с 3-го занятия танцевальной терапии («невербальная психотерапия»). Проведено по 10 сеансов каждого метода. На последней сессии заявила, что получила хороший эффект от комплексного лечения. Практически не пользуется ингалятором. Вот как описала пациентка свои ощущения в ходе очной групповой супервизии:

«При классических методах мне труднее делать над собой усилия, пытаться контролировать свои эмоции, волнение и тревогу. Я понимаю, что мне мешает, но убирать то, что естественным для меня стало с годами болезни – сложная задача.

При невербальных сеансах процесс происходит, конечно, явно не замеченным для меня, я просто с удовольствием танцую, фантазирую, слушаю музыку, и в работе в конце сеанса я выхожу в другом для себя состоянии умиротворенности и покоя, которое естественным осознанным усилием воли мне, конечно, добиться трудно, а иногда и невозможно».

Итогом супервизорской сессии послужило заключение, что в результате тщательной постановки психотерапевтического диагноза удалось выявить дисфункциональные схемы раннего детства, уменьшить когнитивные искажения по типу «долженствования», приобрести возможность самовыражения, что привело к ремиссии психосоматического расстройства.

Результаты работы, представленные психотерапевтом на супервизию, должны быть зафиксированы в виде аудиозаписи, видеозаписи или подробного письменного отчета о проведении психотерапевтических сессий с приложением отдельных фрагментов стенографических записей, достаточных, по мнению супервизора, для достижения цели супервизии.

Рабочие часы супервизора включают время, затраченное им на предварительное знакомство с представленными материалами, обсуждение условий контракта совместный просмотр /прослушивание материалов, их анализ и обсуждение, устные рекомендации супервизируемому и составление заключения. Зачетные часы супервизируемого, учитываемые в образовательном стандарте, — это время непосредственного профессионального консультирования и составления заключения.

Обычное соотношение рабочих часов супервизора при индивидуальной супервизии и зачетных часов супервизируемого - 2/1 (при групповой супервизии зачетными часами каждого супервизируемого считается 1 час за каждую группу, на которой им был представлен устный доклад).

Форма оплаты работы супервизора. Наилучший вариант — почасовая оплата (рабочие часы) по прейскуранту, устанавливаемому для каждого региона профессиональной ассоциацией. Оплачивает супервизию или сам супервизируемый, или то учреждение, в котором он работает.

Процесс супервизии

Супервизор осуществляет поддерживающие, нормализующие и сдерживающие вмешательства с целью создания в процессе обучения атмосферы доверия. Наряду с этим супервизор помогает коллеге справиться с нападками на его чувство собственного достоинства с помощью дистанцирования (от симптоматики, пациента), побуждая взглянуть на свой опыт другими глазами, так как основная задача супервизии состоит в обучении практиканта смотреть на проблему по-новому. Проблемы пациента,

возможности психотерапевта, требования к психотерапии и другие факторы нуждаются в переоценке. Представления психотерапевта о пациенте, о себе и психотерапевтическом процессе зависят от его желаний, страхов, фантазий и бессознательных конфликтов. Супервизию можно рассматривать как пространство, в котором супервизируемый и супервизор совместными усилиями осуществляют построение новых способов упорядочения впечатлений от психотерапии. Этот процесс осуществляется по двум направлениям: познавательном и аффективном.

Супервизия позволяет специалистам акцентировать внимание на цели и направления своей работы, формировать системные подходы к стратегии и тактике проводимого лечения, планировать и прогнозировать эффекты терапии и вмешательств, а также осознавать свои ошибки и корректировать индивидуальные планы коррекции поведения пациента и его лечения.

Супервизор может приступить к проведению консультации, задав вопрос: «Как бы Вы хотели использовать время супервизии?» На этот вопрос супервизор нередко получает следующий ответ: «Я хотел бы поговорить о пациенте. В какой форме мне о нем рассказать?»

В том случае, когда учащийся не в состоянии четко изложить материал, супервизор не должен позволять ему слишком долго путаться в своих объяснениях, а предложить перенести занятие. Значительную часть супервизии занимает помощь супервизирумому лучше понимать пациентов и использовать это знание в своей работе. Нужно помнить и об ответственности перед пациентом. Один из способов контроля над лечением — обсудить с супервизируемым план психотерапевтических мероприятий (например, используя мультимодальную модель Оудсхоорна или Лазаруса). В идеальном случае гипотезы строятся и обобщаются не только по поводу пациента, но и вместе с пациентом.

Супервизия в психотерапии предполагает множественные уровни ответственности, так как супервизор выступает в роли учителя и оценщика, причем эти роли присутствуют при супервизии любого направления психотерапии. Передача супервизорских гипотез, инсайтов и стимуляция собственного мышления супервизируемого, особенно в случаях сопротивления — важная педагогическая задача. На первом уровне супервизии идет обучение сбору базисной психиатрической информации, постановке диагноза и рекомендациям по лечению. Более сложными представляются для анализа такие явления как психотерапевтический процесс, психодинамические параметры, включая перенос, контрперенос, сопротивление и продвинутые методы лечения. Некоторые психотерапевты не в состоянии понять значимость психодинамических концепций, не соотносящихся с эпизодами их собственной жизни. Супервизор располагает рядом категорий, в том числе клиническими моделями, гипотезами, теориями, представлениями о типах характеров, формах защиты, моделями внутрипсихического и межличностного функционирования и т.д.

Среди важных супервизорских задач можно назвать поддержку атмосферы доверия, совместного исследования и диалога в процессе работы. Сотрудничество супервизора и стажера в изучении пациента — творческий процесс, который проходит в замкнутом пространстве между наставником и его подопечным, в таких противоположностях как воображение и анализ, понимание и непонимание, объективность и субъективность.

Супервизор стремится начать супервизию таким образом, чтобы не возникало недоразумений и трудностей на пути к открытому обучению. Например, он может задать ряд благожелательных вопросов новичку по поводу его образования, поинтересоваться слабыми и сильными сторонами его обучения. Сколько у него уже было супервизорских консультаций, и оправдали ли они его надежды? Как он сам оценивает свои профессиональные качества как психотерапевта? С какой областью связывает свою профессиональную деятельность — психотерапевтической, исследовательской или административной? Проходил ли сам курс индивидуальной или групповой психотерапии? Информация о супервизируемом на начальном этапе супервизорства помогает супервизору сориентироваться и выбрать метод проведения консультаций. Супервизор может предложить супервизируемому задать свои вопросы относительно образования супервизора, его теоретических воззрений и сфере научно-практических интересов.

Супервизору, разумеется, не следует начинать разговор с вопросов, касающихся личной жизни учащегося. Он может поинтересоваться, какое отношение, по мнению супервизируемого, имеют к супервизорскому процессу и ситуации обучения заданные вопросы. На возможные встречные личные вопросы супервизор может не отвечать. Или, скажем, на вопрос учащегося о семейном положении супервизора последний сам задает уточняющий вопрос: а какое значение имеет для супервизируемого

семейное положение? Ученика может интересовать возраст своего наставника, в этом случае осторожные, тактичные вопросы супервизора помогут выявить стремление учащегося иметь старшего по возрасту, более опытного преподавателя или более молодого преподавателя, который, по его мнению, будет благожелательно относиться к его проблемам.

Нередко упускается одна из задач супервизора — научить консультанта слушать пациента. Какую она принесет пользу и как она может препятствовать наблюдениям? Одни психотерапевты обращают внимание на речь пациента, другие — на его одежду, движения и выражение глаз, некоторые — на события, о которых сообщает пациент, не обращая внимания на сопутствующие рассказу эмоции. Есть такие психотерапевты, которые внимательно относятся к телесным проявлениям и чувствам пациента, забывая при этом о клинической и психопатологической диагностике.

Проводя значительную часть своей профессиональной деятельности в поисках скрытого значения симптома, супервизор должен учитывать педагогический контекст супервизии, который отличается от психотерапевтического занятия, и адекватно реагировать на откровенность супервизируемого. Возможность появления у супервизируемого чувств вины или стыда возрастает, когда непонятно, как на них реагирует наставник. Опасность вмешательства в личную жизнь — еще одна особенность супервизии. Например, чувства и фантазии плотника, — его личное дело до тех пор, пока он успешно выполняет свою работу. В случае практиканта гарантии невмешательства в его личную жизнь отсутствуют. Однако супервизируемый вправе отклонить любые попытки выяснения личной жизни.

При работе со стажером, ориентированным на сотрудничество, замечания супервизора по поводу идентификации могут быть лаконичными и эмоциональными, например: «Вы полагаете, что пациент способен справиться со своими проблемами так же успешно, как и Вы... Но между вами существуют различия». Психотерапевты и супервизоры могут расходиться в своих взглядах на такие вопросы, как объем материала, необходимого для обоснования гипотезы, степень риска или осторожности в предварительных выводах и правильности самих формулировок. Некоторые авторы считают, что супервизоры уделяют недостаточно внимания состоянию и переживаниям пациента, подменяя терапевтический анализ мышления и чувств пациента своими умозаключениями и предположениями. Более того, супервизор может навязывать супервизируемому свои формулировки, вместо того чтобы исследовать отношение последнего к своему пациенту.

Несмотря на достоинства, метод совместной оценки нередко сталкивается с сопротивлением. Уже сама мысль о том, что его работа подвергается оценке, может вызвать у учащегося чувство тревоги. Одни стажеры предпочитают, чтобы супервизор составлял отчет о работе без их участия в его обсуждении. Другим учащимся трудно заниматься самоанализом или оценкой супервизии, в частности, в присутствии супервизора.

Уровни супервизии

Уровни супервизии определяются целью супервизии, соотносятся с уровнем профессиональной подготовки супервизируемого: стажеры в области психотерапии нуждаются, скорее, в практическом обучении выполнения приемов психотерапии и в личностно-профессиональной поддержке (обучающий уровень), а практикующие специалисты — в анализе качества работы и обратной связи более квалифицированного специалиста (сертификационный уровень). В соответствии с образовательным стандартом по психотерапии для сертификации специалиста необходимы 50 часов супервизии. Эти часы можно набрать на базовом -20 часов и на сертификационном уровне супервизии — 30 часов.

Супервизия первого (базового) уровня — супервизия как личностно-профессиональная поддержка, как помощь и совет более квалифицированного специалиста начинающему психотерапевту с целью повышения его профессионализма и уверенности, развития необходимых личностно-профессиональных качеств, наставничество в выборе направления и стиля работы. Обычно, это совместный поиск и позитивное подкрепление ресурсов молодого специалиста, способствующие развитию таких личностно-профессиональных качеств, как эмпатия, конгруэнтность, аутентичность, спонтанность, активность, способность к концептуализации и др.

Супервизия первого уровня приемлема во время додипломной подготовки по психотерапии, а также при последипломных специализациях и усовершенствованиях. На этом уровне допустима

супервизия выполнения отдельных методов и приемов психотерапии. В таком случае функции супервизора выполняет обучающий специалист без предварительного контракта и отдельного гонорара, но отметка о наработанных часах супервизии в личной карте супервизируемого производится только при наличии у преподавателя соответствующей подготовки по супервизии (с отметкой о супервизии мастерства в выполнении той или иной техники). Количество часов супервизии и частота сеансов регламентируются учебным планом.

Супервизия второго (сертификационного) уровня — супервизия как форма повышения квалификации практикующих психотерапевтов с использованием директивной коррекции стиля работы. Это достаточно формализованные и структурированные встречи психотерапевта или группы психотерапевтов с более опытным коллегой, имеющим не только достаточную теоретическую подготовку, но также большой практический и методологический опыт. Супервизия этого уровня включает преимущественно обсуждение трудностей и ошибок в проведении различных методов психотерапии и рекомендации по их устранению.

Согласно зарубежному опыту супервизии, профессиональные ассоциации сами определяют частоту супервизии и количество необходимых часов супервизии в год. Чаще всего психотерапевт представляет на супервизию одного пациента в процессе лечения (например, каждый 3-й прием этого пациента) на протяжении 1,5 лет, а в случае работы в групповой супервизии, на каждого участника группы должно приходиться не менее 2-х докладов в группе в течение года.

Формы супервизии

Очная — это вариант ко-терапии с обсуждением очно наблюдаемой супервизором работы супервизируемого немедленно после окончания лечебной сессии (индивидуальной, семейной или групповой) или прерыванием психотерапевтического сеанса и управление событиями по мере необходимости. Присутствие ко-терапевта (супервизора) на сессии согласовывается с пациентом и членами лечебной группы.

Разделяют несколько вариантов очной ("живой") супервизии в зависимости от временных, пространственных и личностных параметров: временная (немедленная или отсроченная), пространственная (внутри или снаружи комнаты) и личностная (с присутствием пациента). Последняя форма возникла из школы системной семейной психотерапии.

Существует еще одна разновидность очной групповой супервизии: пациент со сложным клиническим случаем приходит на консультацию, и психотерапевт должен быть готов к групповой дискуссии. Правила работы группы заключаются в организации супервизором индивидуальных заданий (например, один участник фокусируется на нарушениях границ в семье, другой — на особенностях стиля общения). Задача супервизора руководить групповым процессом и суммировать полученные данные. Преимущество этого метода заключается в приобретении равного уровня компетентности среди членов группы. В последние годы приобрела популярность также организация наблюдательной или отражающей команды. Она может посылать сообщения в комнату, входить, поддерживать, а иногда оппонировать психотерапевту. Такая команда иногда формируется таким образом, чтобы ее участники могли заменить психотерапевта на следующей сессии или эмоционально вовлекаться в интервью с пациентом (семьей). Члены команды могут быть привлечены для генерации идей и гипотез, а также способов психотерапевтических вмешательств. При таком подходе сочетаются лечение и тренинг. Причиной популярности этого метода в системной семейной психотерапии служит "групповое осознание" проблем пациента и его семьи.

Преимущества очной супервизии: меньше временных и материальных затрат, лучший контакт супервизора с супервизируемым и большая степень доверия к супервизору, сочетание обучения и психотерапии. Недостатки: подавление спонтанности супервизируемого, излишняя "включенность" супервизора в контакт с пациентом, снижающая качество восприятия и анализа текущей информации от супервизируемого; зависимость психотерапевта от опытного коллеги и подкрепление его пассивной позиции; вторжение в конфиденциальность психотерапии; разрыв естественного течения занятия; механизация терапевтического процесса, нарушение границ между психотерапевтом и супервизором.

Заочная супервизия считается наиболее оптимальной ее формой. Супервизируемый, исходя из предварительной договоренности с супервизором, предоставляет ему те или иные материалы психотерапевтической работы (индивидуальной, семейной, групповой). Результаты могут быть представлены в виде устного доклада (обычно для групповой супервизии) о какой-либо одной терапевтической сессии или серии сессий, стенограммы или аудио-, видеозаписи.

Очно-заочная супервизия — специфическая форма, используемая в системной семейной психотерапии. Она осуществляется группой супервизоров-ко-терапевтов, находящихся в соседнем кабинете и наблюдающих работу супервизируемого через зеркальное стекло. Супервизируемый, в любой момент семейной сессии, испытывая трудности, может проконсультироваться с супервизорами по телефону, о чем предварительно договариваются с семьей. Группа супервизоров в данном варианте не только проводит текущую супервизию, но и участвует в выработке заключения и рекомендаций для семьи. В некоторых случаях супервизор может присутствовать на семейной сессии очно. В России этот метод используется редко.

Варианты супервизии

Они подразделяются на индивидуальный, групповой, коллективный варианты в зависимости от объекта супервизии. Объектом суперазизии, соответственно, может явиться один психотерапевт, группа психотерапевтов или коллектив специалистов. Выбор того или иного варианта определяются преимущественно запросом супервизируемого и возможностями супервизора.

Индивидуальная (личная) супервизия. Супервизия по контракту, заключенному с одним супервизируемым. Материалом для данного варианта супервизии может выступать доклад супервизируемого об одном терапевтическом случае индивидуальной работы с пациентом или сеансе групповой психотерапии, аудио-, видеозапись сессии (индивидуальной, семейной, групповой).

Индивидуальная супервизия является наиболее эффективной супервизией высокого уровня, требующей от супервизора большего количества времени, а от супервизируемого более тщательной подготовки представляемого материала. Она может проводиться в заочной форме, но не исключает очной и очно-заочной формы. Работа супервизора состоит в анализе представленного материала (предварительно или по ходу наблюдения) и в заранее оговоренное время обсуждения его с супервизируемым. Разбору подлежит следующие переменные.

При супервизии индивидуальной психотерапии:

• правомерность диагноза (заболевания или проблемы);

• концепция психосоциогенеза заболевания;

• концепция стратегии вмешательства;

• концептуальное соответствие психосоциогенеза и стратегии вмешательства;

• стиль интервью и достаточность информации для формулирования диагноза и запроса пациента, выбора стратегии и тактики вмешательства;

• обоснование выбора "мишени" для текущей работы;

• качество контакта с пациентом;

• соответствие контакта стилю работы;

• выбор тактики и модели работы;

• качество выполнения выбранных приемов психотерапии;

• эффективность работы;

• трудности и ошибки в проведении психотерапии (в установлении контакта, в стиле интервью, выполнении принципа информированного согласия, в целенаправленности, последовательности и мастерстве выполнения каждой из продемонстрированных техник).

При супервизии групповой психотерапии:

• модель групповой работы;

• качество контакта с группой;

• концепция стратегии вмешательства;

• соответствие стратегии вмешательства избранной модели психотерапии;

• обоснование выбора мишени для текущей работы;

• выбор тактики и стиля работы;
• качество выполнения избранных приемов психотерапии;
• степень понимания и использования групповой динамики;
• результативность работы;
• трудности и ошибки в проведении групповой сессии.

При супервизии семейной психотерапии:

• модель работы с семьей;
• качество присоединения и контакта с каждым членом семьи; "
• концепция стратегии вмешательства;
• соответствие стратегии вмешательства избранной модели психотерапии;
• обоснование выбора "мишени" для текущей работы;
• выбор тактики, стиля и приемов работы;
• качество выполнения избранной техники работы;
• умение ставить гипотезы происхождения проблем с позиций системного подхода;
• эффективность работы;
• ошибки и трудности в проведении семейной сессии.

Групповая супервизия: супервизия по долгосрочному контракту, заключенному супервизором с группой супервизируемых психотерапевтов.

Цель групповой супервизии — в большей мере дидактическая. чем при индивидуальной супервизии: расширение арсенала концепций, подходов, тактики и т.д. за счет мнений всех участников групповой супервизии. Обычное число участников группы: 6-10 (определяется контрактом). В качестве супервизируемого на каждой групповой сессии выступает один из участников группы по графику, определяемому группой. Материалом для супервизии является устный доклад супервизируемого по 1 терапевтическому случаю (обычно, описание одной сессии с пациентом, включая краткое изложение анамнеза и описание клинической картины и терапевтического подхода). Доклад адресуется супервизору и остальным участникам группы и может сопровождаться иллюстрацией видеозаписи психотерапевтической сессии.

Общая продолжительность цикла групповой супервизии — 1 год, продолжительность каждой встречи — 2 часа, группа встречается с супервизором 1 раз в неделю, каждая встреча структурирована фазами работы (контроль над структурированием времени и целенаправленностью работы осуществляет супервизор);

1 фаза: доклад супервизируемого и формулирование им заказа, продолжительность — 30 минут, затем — групповое обсуждение при молчании докладчика (15 минут): участники группы проводят дискуссию (соглашаются с методом и техникой вмешательства или отвергают их), не касаясь личностных качеств докладчика. На этой фазе возможны вопросы к докладчику от членов группы, направленные на прояснение информации о пациенте;

2 фаза: обмен чувствами — участники группы, по возможности спонтанно, делятся своими чувствами по поводу пациента. Эта фаза чрезвычайно важна для установления безопасной атмосферы в группе и способствует осознанию супервизируемым "слепых пятен" в своей работе. Продолжительность фазы — 15 минут;

3 фаза: концептуализация. Супервизор опрашивает каждого участника группы о его собственной концепции психогенеза проблем пациента или его лечения. Ни одно из мнений не опровергается и не осуждается супервизором и другими членами группы, дискуссии на этой фазе нецелесообразны. Продолжительность фазы — 45 минут;

4 фаза: обобщение супервизора. Супервизор анализирует и в краткой форме обобщает качество работы супервизируемого, предлагая собственную концепцию психосоциогенеза и тактики работы с данным пациентом в качестве одного из возможных вариантов. Продолжительность фазы — 15 минут.

Помимо структурирования работы группы, супервизор выполняет и такие дополнительные задачи: недирективным путем стремится к обучению супервизируемого и других участников группы использовать более результативные стратегии вмешательства; защищает супервизируемого от возможной депрессивной реакции на групповое давление (дебрифинг); наблюдает за общением в группе и следит за сохранением атмосферы безопасности; анализирует дополнительные составляющие контакта на допусти-

мом для данной группы уровне (например, анализ сопротивления, переноса/контр — переноса, проективной идентификации и других психологических защит), способствует свободе и открытости высказываний, стимулирует развитие способности к концептуализации участников группы. Если в группе возникает ситуация давления на супервизируемого, супервизор стремится к минимизации агрессии (например, переключением внимания участников группы на анализ их собственных эмоций), но в обобщении может использовать информацию о групповой динамике для более продуктивной проработки особенностей контакта супервизируемого с пациентом.

Балинтовские группы

Целью и задачами балинтовских групп являются повышение компетентности в профессиональном межличностном общении; осознание личностных «слепых пятен», блокирующих профессиональные отношения с пациентом; расширение представлений о лечебном процессе, в противовес «апостольским» установкам врача; психопрофилактика «синдрома сгорания» участников группы, основанная на возможности проработки «неудачных случаев» в ситуации коллегиальной поддержки.

В состав указанной группы входят врачи и психологи, работающие в одном или в различных медицинских учреждениях. Нежелательно включение в одну группу специалистов, связанных служебно-иерархическими отношениями (начальник и подчиненные). Половозрастных ограничений нет. Группа может объединять людей с различным стажем работы, наиболее эффективно участие их при стаже более трех лет. В группу могут входить 6—15 человек, оптимально — 8—10.

Основным принципом формирования группы является добровольность объединения профессионалов, готовых к пересмотру стереотипов в своей работе и «апостольских» установок, заинтересованных в коллегиальной взаимопомощи.

Участники группы встречаются 1—2 раза в месяц при организации обычной пролонгированной группы, рассчитанной на совместную работу в течение 2—3 лет. Балинтовская группа может формироваться и из слушателей краткосрочного учебного семинара, в этом случае занятия группы могут проводиться ежедневно или с интервалом в несколько дней, общее количество занятий соответствует количеству участников. Продолжительность одного занятия, посвященного анализу одного случая, 2-2,5 часа с 10-минутным перерывом перед «завершающими» шагами. Эти цифры являются рекомендацией, основанной на опыте конструктивной работы в различных группах, частота перерывов и встреч, время окончания работы определяются самими участниками группы. Для занятий используется помещение, позволяющее расположить в круг стулья или кресла по числу участников семинара. Дополнительное техническое обеспечение не требуется, но по желанию группы занятия могут фиксироваться с помощью видеокамеры или магнитофона, либо ведется стенограмма занятий.

Руководитель группы избирается участниками, либо специально приглашается для этой работы. Ведущий должен быть опытным специалистом в области консультирования и психотерапии, знать технологию балинтовской группы, принципы групповой динамики, уметь управлять группой, следить за состоянием рассказчика и блокировать опасные обратные связи в случае неготовности «протагониста» принимать их.

Предметом анализа в группе являются обсуждения случаев из практики участников. Это могут быть «трудные» или «неудачные» эпизоды из прошлого, продолжающие беспокоить врача, вызывающие у него дискомфортные воспоминания, остающиеся для него «непонятными». Либо это могут быть текущие случаи, вызывающие у врача беспокойство. Это могут быть и так называемые «фантастические» терапевтические ситуации, даже гипотетическая возможность которых волнует врача. Для обсуждения могут предлагаться и случаи из практики психотерапевта, и эпизоды, центрированные на фармакотерапии конкретного пациента. В зависимости от состава и интересов участников обсуждаться могут однотипные случаи в нозологическом (наркологи, гастроэнтерологи) или терапевтическом (групповые психотерапевты) плане. Но чаще всего в балинтовской группе обсуждается опыт лечения разнообразных пациентов различными методами.

Технология работы балинтовской группы

Занятия балинтовской группы достаточно подробно структурированы и проводятся в несколько этапов или "шагов". Опишем их коротко и остановимся на специфических моментах каждого этапа.

Первый "шаг" может быть условно назван "определение заказчика" из числа участников балинтовской группы. Каждое занятие традиционно начинается с вопроса ведущего: "Кто хотел бы представить на рассмотрение свой случай, проблему, создающие состояние дискомфорта?". Обычно после небольшой, а иногда и продолжительной паузы определяется один или несколько желающих. Каждого из претендентов на "заказ" ведущий просит описать в течение 1-2 минут свой случай в произвольной, но лаконичной форме. После непродолжительной дискуссии и выбора группа отдает предпочтение одному из "заказчиков". При голосовании может возникнуть ситуация, когда два "заказчика" получат равное количество голосов. Тогда право выбора предоставляется обоим путем переговоров или руководитель берет инициативу на себя.

Второй "шаг" работы группы предполагает рассказ "заказчика" о своем трудном случае из практики своей профессиональной деятельности. Устанавливаются "мягкие" ограничения по времени. Руководитель и члены группы внимательно слушают и наблюдают за его поведением и поведением друг друга. Их наблюдения могут оказаться очень полезными для последующего анализа коммуникативных затруднений докладчика.

Третий "шаг" — формулирование "заказчиком" вопросов к группе по своему случаю, вынесенному на обсуждение. На этом этапе ведущий помогает "заказчику" сформулировать запросы (вопросы и пожелания) группе, в которых заложено желание получить новые знания и (или) групповую поддержку. Целесообразно записать вопросы на доске или планшете, т.к. все участники группы постоянно обращаются к ним, сохраняя точность их содержания.

Четвертый "шаг" — вопросы группы к участнику, представившему случай. Этот этап может проводиться по-разному в зависимости от состава участников, опыта и предпочтений ведущего. В классической балинтовской группе поведение на данном этапе жестко не регламентировано. В этом случае все спонтанные реакции участников, их поведение и эмоциональные проявления фиксируются ведущим и могут явиться в дальнейшем объектом динамического анализа (в классической группе это не используется, т.к. групповая динамика в ней не является предметом анализа). Другой вариант, напротив, жестко структурированный. Все участники задают по кругу "заказчику" по одному вопросу. Таких кругов может быть несколько. Кто-то из участников, не желающий задавать вопрос для прояснения ситуации или проблемы при соответствующей очередности, может ее пропустить. Это не исключает для него возможность задать возникший позже вопрос на следующем "круге".

Еще один вариант, который может использоваться, является промежуточным. Каждому участнику также по кругу предоставляется возможность задать определенное количество вопросов. При этом кто-то может задать их меньше или пропустить свою очередь, вновь воспользовавшись своим правом на новом круге. Отсутствие какой-либо регламентации на этапе вопросов "заказчику" допустимо и может дать интересный материал для последующего обсуждения. Руководитель может также, начав с вопросов по кругу и заметив, что все большее число участников пропускает свою очередь или вопросы по сути повторяются, предложить перейти к неформализованному варианту. В этом случае уместно прямо предложить участникам отказаться от очередности и задавать вопросы "в свободном режиме" тем, у кого они еще остались. На этом этапе "заказчик" часто с удивлением обнаруживает, что почему-то забыл или не учел весьма важные аспекты своего случая. Тогда "заказчик" дополняет свой рассказ на третьем этапе, многие неосознаваемые моменты проясняются для него.

Пятый "шаг" — окончательное формулирование "заказчиком" вопросов, которые он хотел бы вынести на обсуждение. Иногда формулировки вопросов сохраняются в первоначальном виде. Чаще, однако, они претерпевают изменения. Некоторые из ранее поставленных вопросов могут вообще потерять свою актуальность для "заказчика", благодаря осознанию им ряда моментов на предыдущем этапе. Список вопросов "заказчика" может быть и расширен, если какие-то из вопросов, заданных ранее группой, кажутся ему существенными для прояснения случая. Руководителю полезно предложить группе сформулировать дополнительные вопросы, ответы на которые, как им представляется, принесут пользу "заказчику". Но право конструирования окончательного списка вопросов остается за заказчиком случая. Заметим, что часто таким дополнительным вопросом, принимаемым "заказчиком", является вопрос о том,

какие аспекты в предложенном случае он недостаточно осознает, с точки зрения группы. Обычно окончательный список включает 3-5, но может быть и всего один вопрос.

Шестой "шаг" — ответы группы на запросы "заказчика" и свободная дискуссия. Начало этапа может быть формализовано.

Все участники по кругу отвечают на поставленные перед ними опросы. При этом "заказчик" может предпочесть услышать ответы на все вопросы поочередно от каждого члена группы или предложить, чтобы участники по кругу ответили сначала на первый вопрос, затем на второй и т.д. Если некоторые вопросы представляются ему тесно связанными, то возможно, чтобы каждый ответил по кругу на первую группу вопросов, а потом также по кругу на следующую из них. Ответы могут отражать чувства участников группы: "В этом случае я чувствую себя ... ".

В отличие от 4-го "шага" задавать или не задавать вопросы участнику, представившему случай, на шестом "шаге" ответы на вопросы являются, как правило, обязательными для всех участников группы. Не меньшее значение, чем определенные суждения и "советы", для "заказчика" и остальных участников могут иметь ответы типа: "У меня тоже была подобная ситуация, и я нашел выход ... ". В начинающей работу балинтовской группе участники на этом этапе могут стремиться к разнообразию ответов. Важно не допускать выражений типа: "Я тоже так думаю, как и ..." или "Я не знаю, что говорить, все уже было сказано". В таких случаях руководителю приходится напоминать, что ответы являются "обязанностью" всех членов группы и высказывание точки зрения, даже аналогичной прозвучавшей ранее, весьма важно предоставившему случай. В эмоционально окрашенной атмосфере "заказчик" может не понять смысл однократно высказанного кем-то суждения. Самостоятельное значение имеет для него и сам факт, что многие члены группы предлагают идентичное или близкое видение его ситуации, но группа не стремится ничего навязывать, понимая, что докладчик может заблокировать принятие информации.

Поощряются на этом этапе и свободные ассоциации на тему: "Аналогичная проблема". После высказывания любого члена группы "заказчик" может задать ему уточняющие вопросы, если что-то осталось неясным. Может быть, что в балинтовской группе один участник осознанно или неосознанно идентифицирует себя с "заказчиком" или его "партнером" по обсуждаемой ситуации. Высказывания последних могут быть, например, такими: "Знаешь, я представил себя на месте ... когда ты произносил что-то в его адрес, воспроизводя ситуацию, и при этом заикался, я почувствовал себя напряженно". Подобные высказывания имеют особую ценность для представляющего случай психотерапевта, да и для остальных участников также. В хорошо работающей балинтовской группе отдельные реплики провоцируют продолжение обсуждения в виде дальнейших его кругов или свободной, но корректно управляемой дискуссии. Это приводит к более глубокому пониманию проблем, творческому коллективному развитию прозвучавших точек зрения, неожиданных ракурсов видения обсуждаемой ситуации. Такое обсуждение позволяет воспользоваться полученной обратной связью участников балинтовской группы, как корректирующей, так и психологически поддерживающей.

Обратная связь от руководителя группы к "заказчику" осуществляется на седьмом "шаге". Ведущий обобщает ответы группы, высказывает собственное видение ситуации, представленной "заказчиком" на обсуждение, предположений о причинах возникших у "заказчика" трудностей и т.д. (Заметим, что в различных видах социально-психологического тренинга ведущие, как правило, интерпретацию не дают). В конце работы ведущий благодарит "заказчика" за предоставленный случай и смелость при его разборе, а участников группы — за поддержку сотрудника.

На восьмом "шаге" "заказчик" дает информацию о своих ощущениях. Его высказывания могут касаться собственного эмоционального состояния и впечатлений о работе группы. Он может также представить обратную связь конкретным участникам, содержащую его мнение об эффективности их деятельности, поблагодарить за поддержку или высказаться о своем состоянии словами "как стало легко и многое понятно" и т.п. Балинтовская сессия может заканчиваться высказываниями отдельных членов группы о своих ощущениях и впечатлениях. Решаются также организационные вопросы, принимаются предложения.

Рассказ строится в абсолютно свободной форме. Рассказчика не ограничивают во времени, а ведущий следит за тем, чтобы его не перебивали. Обычно, кратко рассказав о предистории взаимоотношений с пациентом, специалист более подробно останавливается на собственно тревожащей его конфликтной или кризисной ситуации в процессе лечения. Нередко возникает вопрос о том, надо ли

готовить предлагаемый случай накануне, восстанавливать и документировать детали обследования и лечения пациента. Для балинтовской группы это не существенно, и более продуктивны спонтанные рассказы, так как анализ забытых важных деталей часто приносит ценную информацию и, в любом случае, поскольку речь идет о «непонятной» для рассказчика ситуации, группа может выявлять его субъективны «слепые пятна», благодаря или вопреки его «тщательной подготовке». На этом этапе ведущий и члены группы внимательно наблюдают за поведением и эмоциональными реакциями участников, сопровождающими рассказ, могут делать записи для предстоящего обсуждения. В заключение рассказа ведущий помогает сформулировать вопросы рассказчика по предлагаемому случаю таким образом, чтобы они были центрированы на взаимоотношениях врача и данного пациента, а не на технических деталях.

Классическая балинтовская группа была центрирована именно на взаимоотношениях «врач—больной», а не на технических деталях лечебного процесса (клинический разбор) или личностных особенностях данного специалиста (личностный тренинг). Можно сказать, что основная задача ведущего — удержать группу от «сползания» к личностно безопасному клиническому разбору с его центральным вопросом «Что надо делать с подобными пациентами?», а с другой стороны, от «сползания» к групповой терапии участников, ориентированной на проработку личностной проблематики врачей. И клинический разбор, и личностный тренинг — чрезвычайно важные формы практической подготовки врачей и психологов, но... это не балинтовская группа. Основным условием продуктивной работы балинтовской группы является создание атмосферы доверия, эмоциональной заинтересованности, сочетающейся с ощущением «безопасности открытости», балансирование между «холодной» атмосферой клинического разбора и излишне «горячей» ситуацией личностного тренинга. В любой группе ведущему придется столкнуться с защитными уклонениями в разные стороны, и его задача — терпеливо возвращать группу «на путь истинный». Поэтому уже на этапе формулировки вопроса рассказчика важно удержать его от клинического подхода: «Что делать?», или личностного вопроса: «Что во мне самом могло мешать?» и помочь ему сформулировать вопрос, центрированный на взаимоотношениях «врач—больной». «Почему именно с этим пациентом у меня не сложилось конструктивных отношений?». «Почему он прервал лечение?» и т. п. Подобные вопросы тем более уместны, так как чаще речь идет о терапевтических стереотипах: «Во многих случаях такой подход к пациентам помогал мне, но только с этим что-то не получилось». Решение задачи «балансирования» становится еще более важным и трудным для ведущего на последующих стадиях групповой работы.

В классической балинтовской группе поведение участников жестко не регламентировано, все спонтанные реакции, эмоциональные и поведенческие, фиксируются ведущим и могут быть объектом динамического анализа. Но наш опыт работы с отечественными специалистами, которые своей эмоциональностью и тенденциями к «дискуссионности» создают ситуацию деструкции при отсутствии формализованного контроля, подсказал вариант балинтовской работы со структурируемыми этапами. В частности, на этапе задавания вопросов рассказчику всем' участникам по кругу предлагается возможность задать ему уточняющие вопросы. Ведущий следит за тем, чтобы вопросы не подменялись советами, перерастающими в групповую дискуссию. Нередко уже на этом этапе рассказчик с удивлением отмечает, что почему- то забыл или не учел весьма важные аспекты. В ряде случаев рассказчик соглашается с тем, что вопросы, поставленные членами группы, могут быть более существенными, чем его собственные, для прояснения рассказанной им ситуации

На следующем этапе обсуждения всем участникам по кругу предлагается дать свои ответы на все поставленные рассказчиком вопросы. В отличие от «права» задавать вопросы рассказчику на предыдущем этапе, ответы на его вопросы являются «обязанностью» всех членов группы. Ответы типа: «Я тоже не знаю, что надо было бы делать в твоей ситуации...» — могут иметь для рассказчика и группы не меньшее значение, чем определенные суждения и «советы». Ведущий внимательно следит за сохранением фокуса обсуждения на взаимоотношениях «врач—больной», предотвращая «терапию рассказчика группой», фиксацию на технических деталях и подмену балинтовской работы «клиническим разбором». Поощряются свободные ассоциации «аналогичного случая». Важной функцией ведущего является и эмоциональная поддержка рассказчика, помогая ему выдержать критические высказывания, не прерывая дискутантов и коллег, предлагающих свое видение ситуации, зачастую окрашенное проекцией. Особую ценность приобретают высказывания коллег, которые сознательно или неосознанно

идентифицируют себя с пациентом. Для предотвращения блокирующих дискуссий в процессе обсуждения ведущему неоднократно приходится напоминать группе и рассказчику следующий факт: «независимо от нашего согласия или несогласия с данной точной зрения ситуацию подобным образом мог видеть и наш пациент». В процессе обсуждения в случае выступления «советчика и критика, обладающего истинной в последней инстанции» (а таковые встречаются почти во всех группах), целесообразно предложить «советчику» реализовать свои советы в психодраматическом этюде. Роль пациента предлагается рассказчику. Это обычно снижает критическую установку группы и эмоционально поддерживает рассказчика, в ряде случаев ролевая игра может провоцировать конструктивный инсайт у членов группы. Реже ролевая игра используется на этапе группового опроса рассказчика, способствуя пониманию группой предложенной ситуации. Балинтовская группа помимо прочего ценна предоставлением возможности коллективного творчества. В хорошо работающей группе высказывания отдельных участников провоцируют продолжение дискуссии в виде второго, третьего кругов обсуждения, предметом которого становится творческое коллективное развитие предложенных неожиданных точек зрения, развитие от редукционизма к плюрализму, от поверхностности к углублению видения проблемы. В группах, где критический радикал значительно превышает эмоциональную поддержку рассказчику, ведущий может предложить всем участникам отмечать и положительные аспекты представленного случая. Для купирования эмоционального шока рассказчика, мешающего восприятию конструктивной информации в критических высказываниях, ведущим может быть предложено ему выбрать среди участников группы своего «полномочного представителя», своеобразного «переводчика» шоковой в эмоционально нейтральную информацию. В конце обсуждения ведущий предоставляет слово рассказчику для обратной связи. Необходимо отметить, что задачей балинтовской группы является не создание некоего конечного продукта, абсолютно истинного видения предложенной ситуации, но расширение сознания участников группы и стимуляция самопознания.

Динамика балинтовской группы значительно отличается от динамики психотерапевтической группы. В частности, для предотвращения обычной групповой динамики запрещается критика ведущего. Не поощряются высказывания о рассказчике, базирующиеся на ситуациях «там и тогда». Динамический подход в балинтовской группе позволяет делать предположения о том, что наблюдаемые «здесь и теперь» эмоциональные и поведенческие реакции рассказчика и членов группы соответствуют эмоциональным и поведенческим реакциям самого врача и его пациента в предлагаемой для обсуждения ситуации. Именно наблюдаемые реакции могут анализироваться достаточно глубоко и многосторонне. С высокой долей вероятности можно предполагать, что переживание скуки у некоторых членов группы во время рассказа о случае соответствует скуке самого врача при выслушивании жалоб и анамнеза пациента, а раздражение других членов группы в ответ на определенное поведение рассказчика повторяет чувства его пациента.

При экзистенциальном варианте ведения балинтовской группы после доклада участники БГ имеют обыкновение задавать вопросы, для лучшего понимания и дополнения картины. Затем докладчика просят выйти из круга, в котором продолжится дискуссия; ему предлагают занять наблюдательную позицию. Позже в определенный момент времени или же в конце он будет иметь возможность вернуться к работе в группе и высказать результаты своего наблюдения. До этого момента он лишь следует процессу обсуждения так, как будто это мультимедийные события, инициированные им. Психодинамические процессы, критические и спорные замечания при этом ограничиваются и не интерпретируются в качестве критики докладчика.

Остальные участники приглашаются к сообщению своих свободных ассоциаций (мыслей), возникших во время сообщения. Это могут быть теоретические рассуждения, касающиеся дальнейшей диагностики или дифференциальной диагностики. Это могут быть ассоциации в отношении к пациенту (пациент напоминает мне моего пациента), воспоминания о случаях из собственной жизни, эмоции (аффекты, чувство принятия или отвержения0, ощущения, которые не находятся в видимой связи с докладом (мысли об уклонении, напряженность, скука, внутренняя пустота, любопытство), телесные ощущения (сердцебиение, мышечное напряжение, усталость, расслабление). А также фантазии и внутренние картины (например, из области криминалистики или карточных игр и т.д.). В результате всех этих наблюдений возникает воображаемая многогранная картина взаимоотношений между пациентом и врачом, которую можно сравнить с зеркальным отражением и содержащую при дальнейшем

рассмотрении озадачивающее сходство с действительно имевшими место событиями, даже с фактами, которые во время доклада были представлены в неявной форме.

Во время группового обсуждения присутствуют процессы групповой динамики на эмоциональном и когнитивном уровнях: поляризация, различные позиции «за» и «против». Докладчик при этом имеет возможность следить за групповой динамикой и сравнивать происходящее со своими ощущениями без опасения вызвать непосредственную критику. Специалисты в области психического здоровья, не воспринимающие своих чувств в отношении к клиенту или же не придающие им значения, первоначально раздражены в таких группах, пытаются привести этому рациональные объяснения («до того времени, как не уточнен диагноз, нет смысла дальше дискутировать об отношениях). Нередко они не могут воспользоваться работой балинтовской группы, так как очень рано обрывают свое участие в ней, считая все происходящее чепухой. В том случае, если они остаются, они могут к своему удивлению постепенно снять свою защиту и использовать свои наблюдения в терапевтических целях.

В целях стимуляции процесса саморефлексии и самокоррекции при выполнении супервизии первого уровня прямая обратная связь требует от супервизора наибольшей деликатности, сохранения атмосферы безопасности и доверительности контакта. Для супервизора необходимыми качествами являются не только профессиональная компетентность, но и владение методикой и методологией обучения, способность к воодушевлению и побуждению коллеги к спонтанности и активности, усилению эмпатии и используемых психотерапевтических приемов, что, безусловно, ведет к продуктивному изменению перспектив в ведении представленного на супервизию случая и профессиональному развитию супервизируемого.

В ходе обсуждения супервизор составляет заключение в письменной форме, где отражаются только особенности работы и ошибки супервизируемого, без описания личностно-профессиональных качеств, дается оценка работы и рекомендации супервизируемому. Обязательна отметка о количестве часов супервизии (каждый оцениваемый пациент — 1 засчитываемый час супервизии). Она делается в супервизорском заключении и в личной карте супервизируемого. Заключение и отметка в личной, карте супервизируемого сопровождаются отметкой даты и личной подписью супервизора.

В то же время в предварительном супервизорском контракте необходимо оговаривать все рабочее (оплачиваемое супервизируемым) время супервизора: анализ представленных супервизору материалов обычно занимает 1,5 часа, продолжительность обсуждения с супервизируемым — 1 час, оформление заключения — 0,5 часа.

В долгосрочной супервизорской группе супервизорское заключение пишется по окончании контракта на каждого участника группы. Контрактом предусматривается представление на групповой супервизии каждым участником группы не менее 2-х пациентов (психотерапевтических сессий). В личной карте супервизируемого засчитываются по 2 супервизорских часа за каждый случай, представленный на группе.

Это позволяет реализовать потребность психотерапевтов в дидактической группе, в возможности концептуализации своей работы, получения поддержки коллег и обретения профессиональной уверенности, в ней могут продуктивно взаимодействовать приверженцы различных направлений психотерапии.

Благодаря коллегиальному обсуждению отдельных фрагментов терапевтической или педагогической работы во время супервизии специалисты получают возможность расширить арсенал подходов и методов, повысить рефлексию субъективного опыта и развить необходимую степень концептуализации практической деятельности. Косвенным путем супервизия помогает специалистам соприкоснуться с личностными проблемами самопонимания, препятствующими установлению контакта с пациентом, побуждая их в дальнейшем к самостоятельному личностно-профессиональному совершенствованию.

Мастерство супервизора-наставника определяется наличием у него таких личностно-профессиональных качеств, как умения оказывать поддержку стажеру, способности к сопереживанию и уважению супервизируемого, использования в своей работе обучения и передачи опыта, стимуляции саморефлексии и самораскрытия супервизируемого.

Наоборот, неэффективный супервизор-наставник имеет следующую характеристику: неподдерживающий, ригидный, закрытый, негибкий, неуважающий супервизируемого, колеблющийся,

нечеткий в постановке целей, скрытный, "сексист" (имеющий жесткие иррациональные установки в отношении мужских и женских ролей), не заинтересованный в профессиональном росте стажера.

Таким образом, для проведения эффективной супервизии и наставничества в процессе профессионального роста супервизируемый (стажер) нуждается в балансе поддержки и критики со стороны более опытного коллеги.

Согласно зарубежному опыту супервизии, профессиональные ассоциации сами определяют частоту супервизии и количество необходимых часов супервизии в год. Чаще всего психотерапевт представляет на супервизию одного пациента в процессе лечения (например, каждый 3-й прием этого пациента) на протяжении 1,5 лет, а в случае работы в групповой супервизии, на каждого участника группы должно приходиться не менее 2-х докладов в группе в течение года.

В настоящее время в большинстве стран используется шестифокусная модель супервизии.

При ее использовании (рис.1), супервизор может проявить свой исследовательский талант на любом этапе этой системы. Ниже мы приводим алгоритм примерных вопросов, которые могут быть заданы супервизируемому.

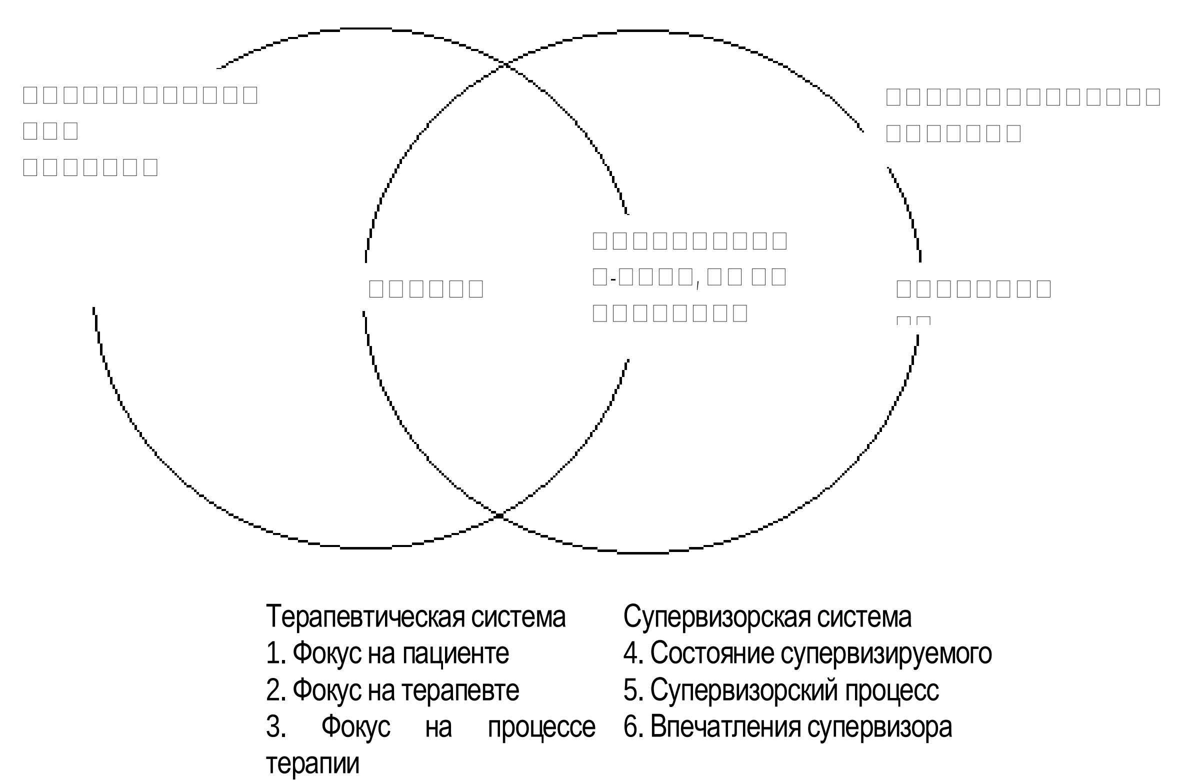


Рисунок 1. Шестифокусная модель

1.Терапевтическая система

1.1.Фокус на пациенте. Рассказ терапевта о пациенте и история самого пациента. Общие сведения о пациенте: возраст, профессия, семейное положение, религия, характеристика микросоциального окружения. Симптомы, их значение, содержание, история, метафоры. Гипотеза появления проблемы, предложенная пациентом или членами его семьи, раскрывает внутрисемейные убеждения, относящиеся к этой проблеме, их влияние на переживания и на методы решения проблемы. (Например, усиление симптоматики у О. чаще всего возникает, когда ее муж приходит домой пьяным).

Опыт общения пациента со специалистами помогающих профессий:

- общение пациента со специалистами в настоящее время;
- прошлый опыт обращения за психологической помощью;
- влияние прошлого опыта на точку зрения профессионалов.
- 1.2. Фокус на терапевте.

Условия оказания помощи:

- амбулаторное или стационарное лечение (например, при угрозе суицида, психической неустойчивости, неэффективности амбулаторной терапии), консультации по телефону, выезд на дом, консультации вне официального времени, ночью, в выходные, прерывание отпуска, экстренные случаи;
- индивидуальная, супружеская, семейная или групповая психотерапия, интеграция моделей, один или несколько психотерапевтов.

Действия терапевта: исследование того, что терапевт делал с пациентом, гипотезы, методы и техники, интервенции. Супервизор и обучаемый рассматривают процесс терапии до настоящего времени. Они дают оценку осуществленных интервенций, а также мотивов терапевта в их применении. Кроме того, они вместе разрабатывают альтернативные стратегии и вмешательства. Пред терапевтом ставятся следующие вопросы.

- Каковы его излюбленные стратегии?
- Какие процессы он наиболее часто наблюдает между собой и пациентом?
- Какова могла бы быть метафора отношений для терапевта и пациента?
- Какова возможная метафора для работы терапевта с большинством пациентов? Почему с данным пациентом она другая?

Работая в этом фокусе, супервизор должен твердо верить, что существует более чем один путь совладания с проблемой. Он уделяет пристальное внимание не только тому, как пациент учится новому, и его ограничениям в этом процессе, но и тому, как учится новому терапевт и каковы его пределы. При этом, нередко, нужна прямая инструкция супервизора супервизируемому о том, что делать дальше, поскольку у начинающего терапевта еще нет достаточного репертуара техник. Супервизор демонстрирует или даже моделирует техники интервенций, объясняет основания определенных стратегий интерпретирует значимые события сессии. С «продвинутым» супервизируемым супервизор выступает преимущественно в роли консультанта.

Если супервизор является экспертом, он может поставить перед собой следующие вопросы.

- Какие терапевтические роли у супервизируемого развиты чрезмерно, какие – недостаточно? Какие конфликтны, адекватны? Какие отсутствуют?
- Является ли уровень его терапевтических взаимодействий примерно таким же, как и у других супервизируемых со сходным опытом?
- Что мне следует сказать сейчас самому себе и этому супервизируемому о его функционировании и профессиональной готовности?

В роли учителя супервизор, как правило, имеет иной угол зрения.

- Наблюдает ли терапевт за эффектом терапии? Оправданна ли эта оценка?
- Как супервизируемый использует и структурирует наблюдения, позволяющие ему сформировать клинический образ пациента?
- Каковы цели терапии для этого пациента (этих пациентов)?
- Какие задачи необходимо выполнить на сессии и как это обосновывается?
- Какие вмешательства проводились на сессии?
- Какова общая цель с точки зрения развития для этого пациента?
- Иногда терапевту лучше показать свои действия, чем рассказывать о них. Предлагая нарисовать генограмму или концепт случая, т.е. представить случай визуально, супервизор проясняет динамику взаимодействия между терапевтом и клиентом.

1.3.Фокус на процессе терапии: исследование взаимодействия или динамики на сессии. Фокус – на системе «терапевт и пациент». При этом последнем фокусе терапевтической системы супервизор занимается осознанным и неосознанным аспектами терапевтического процесса. Он, например, изучает начало и конец сессии, образы сессии, оставшиеся у терапевта, динамику взаимодействия между терапевтом и пациентом или семьей. Т.е. в центре внимания находится система, которую составляют эти две стороны. Объект исследования включает терапевта, как часть трансперсонального феномена, содержащая проблему. Терапевт приглашается «встать вне» процесса, в который он был вовлечен, и проанализировать этот процесс – превратиться в «муху на стене» во время сессии. Может быть задана серия вопросов по следующим направлениям.

Контекст направления.

- Кто дал пациенту направление на терапию?
- Кто порекомендовал или заставил пациента обратиться к психотерапевту?
- Почему пациента направили именно к супервизируемому терапевту?
- Связывают ли психотерапевта с пациентом или его микросоциальным окружением какие-либо отношения, кроме терапевтических?

Ожидания пациента.

- Что пациент надеется получить от психотерапии?
- Как он выразил свои пожелания по психотерапии?
- Что указывает на его скрытые желания в этом отношении?
- Реальны ли желания пациента?
- Почему пациент пришел именно к супервизируемому?
- Почему пациент именно сейчас хочет воспользоваться психотерапией?
- Имеется ли несколько противоречащих друг другу задач (ожиданий)?

Ожидания психотерапевта.

- Считает ли психотерапевт себя компетентным (ой) предоставить пациенту то, чего ожидает последний?
- Готов ли психотерапевт исполнить это?
- Есть ли у психотерапевта собственная цель в психотерапии (явная, неявная), от которой пациент уклоняется?

Специальное планирование психотерапии охватывает следующие вопросы:

1. Основное содержание: в чем заключается смысловой акцент психотерапии?

2. Методический подход: как могут быть достигнуты поставленные цели, какие психотерапевтические методы наиболее подходят для этого?

3. Организационная форма проведения и интенсивность: каков должен быть персональный состав при проведении психотерапевтических занятий?

4. Согласованность компонентов психотерапии: как могут сочетаться между собой выбранные методы и места их проведения?

Цель психотерапии (контракт).

- Определялись ли вместе с пациентом цели психотерапии?
- Каковы установленные цели?
- Имеются ли у психотерапевта гипотезы происхождения проблем у пациента?
- Как определяется продвижение к установленным целям психотерапии? Кто за это отвечает?
- Разъяснялся ли пациенту вопрос о границах «возможного» в психотерапии?
- Каков терапевтический прогноз?
- Какова предварительная оценка длительности общего лечения?
- Какова длительность и частота психотерапевтических встреч?
- Каков гонорар, кто будет покрывать расходы, как осуществляется оплата пропущенных встреч?
- Сошелся ли терапевт с пациентом на конкретных условиях?
- Способен ли пациент, исходя из сложности его заболевания и характера, придерживаться оговоренных правил?
- Является ли избранный метод наилучшим при существующем диагнозе, структуре личности пациента и целях терапии?

2. Супервизорская система

2.1.Состояние супервизируемого: этот фокус супервизии уже принадлежит «второй стороне» супервизорского процесса, где внимание эксперта концентрируется на состоянии терапевта во время сессии, в том числе на переживаемых им «блоках» и дистрессе. «Переименование» терапевта в супервизируемого имеет целью подчеркнуть переход от первой группы фокусов, связанных с пациентом,

ко второй, где главные отношения – это отношения с супервизором. Супервизируемый как бы «несет в себе» пациента, и его состояние говорит о том, что происходит в терапии. Второе преимущество этой фокусировки связано с процессом развития самого терапевта – с его постепенным прогрессом в понимании связей своих личностных проблем с проблемами пациентов. С целью исследования терапевтических отношений могут быть заданы следующие вопросы.

- Какие чувства вызывает у супервизируемого пациент (заинтересованность, скуку, сосредоточенность, рассеянность и т.д.); и какие возникают телесные ощущения (расслабление, напряжение, головная боль и т.д.)?
- Как ведет себя пациент (язык тела, мимика, жесты, голос и т.д.)?
- Насколько осознанны у пациента и у психотерапевта эти реакции (возможность назвать чувства, наличие воспоминаний или ассоциаций по поводу переживаний, желательно уточнить, каких именно)? Какую роль они играют в психотерапии?
- Почему он представляет именно этого пациента?
- В чем он наталкивается на трудности?
- Какие терапевтические ситуации особенно тяготят его?

2.2.Супервизорский процесс: исследование отношений между супервизором и обучаемым, а также вероятности «клонирования» системы (параллельного процесса).

2.3.Впечатления супервизора: «подозрения», странные чувства или идеи супервизора, связанные с супервизируемым или пациентом, трансформируются в соображения на тему не нашедших выражения аспектов рассказа или состояния терапевта.

Опросы, проведенные среди российских психотерапевтов, показали, что предпочтительнее сосуществование интегративной и специфической моделей. Интегративная модель реализуется в таком случае через вариант групповой супервизии с целью расширения концепций, стратегического и тактического арсенала практиков, обнаружения "слепых пятен" и ошибок контакта с пациентом, распознавания и отреагирования эмоций ("вентиляция чувств"). В этом случае значение придается умению обосновать психотерапевтический диагноз.

ГЛАВА 2. СУПЕРВИЗОРСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Супервизор работает не только на «ландшафте сознания», но и на «ландшафте действия». Иногда терапевту лучше показать, что происходило у него с пациентом, чем рассказывать о нем. Предлагая нарисовать генограмму или начертить концепт случая, т.е. представить случай визуально, или психодраматически проиграть его - супервизор проясняет динамику взаимодействия между терапевтом и пациентом. При обсуждении результатов сеанса супервизору лучше давать супервизируемому описательную "обратную связь" по поводу таких личностно-профессиональных качеств супервизируемого, как эмпатия, конгруэнтность, аутентичность, спонтанность, активность, способность к концептуализации. При соответствующей подготовке супервизора и готовности коллеги анализу и обсуждению подлежат и такие категории контакта, как перенос/контрперенос, "слепые пятна" в работе супервизируемого, что сопровождается рекомендациями по их проработке. В то же время степень конфронтации и директивное™ в контакте супервизора с коллегой должна быть контролируемой, в контакте необходимо практиковать такие элементы психологической поддержки, которые снижают сопротивление, исключают отрицание, рационализацию и другие виды психологической защиты.

В процессе супервизии постоянно используются такие методические приемы как наблюдение, анализ, обсуждение, обратная связь, рекомендации. Опишем те из них, которые мы чаще всего

используем в практике.

Дебрифинг. Передача супервизорских гипотез и стимуляция собственного мышления супервизируемого, особенно в случаях сопротивления, — важная и сложная педагогическая задача. Атмосфера доверия в процессе обучения должна позволять психотерапевту открыто размышлять, высказывать предположения, задавать любые вопросы независимо от степени их важности и обсуждать свои переживания в той мере, в какой супервизируемый считает нужным, не испытывая страх перед критикой и самораскрытием. Возможность появления у супервизируемого чувства вины или стыда возрастает, когда непонятно, как на его чувства реагирует супервизор.Для начинающего психотерапевта угрозу позитивной самооценке создают, в частности, отсутствие опыта, неосведомленность и некомпетентность в некоторых вопросах. Даже опытный психотерапевт не огражден от таких проблем, поскольку задачи психотерапии характеризуются своей неоднозначностью и неопределенностью, и их достижение зависит от личности пациента, его мотивации на работу, а не от тех целей, которые поставил перед собой психотерапевт.

Опасность вмешательства в личную жизнь — еще одна особенность супервизии. В начале любой групповой супервизии преподавателю следует напомнить, что супервизируемый вправе отклонить любые попытки выяснения его личной жизни.При работе с супервизируемым, охваченного тревогой, супервизор должен учитывать, что его подопечного волнуют следующие вопросы. Будет ли супервизор на моей стороне? Не будет ли он судить меня так же строго, как я сужу себя? Позволит ли он мне остаться самим собой? Позволит ли он мне сохранить мои достоинства и недостатки, не пытаясь контролировать мои профессиональные действия?

Важно научиться принимать любые реакции участников. Одна из задач — чтобы группа приняла супервизируемого и друг друга. Другая задача супервизора — держать в фокусе групповое обсуждение случая и пресекать наиболее агрессивные высказывания, относящиеся к личностным качествам стажера. Мы не пытаемся изменить эти реакции людей, лишь способствуем их проявлению и обсуждению.

Супервизия представляется неполной, если на ней не обсуждается причина беспокойства учащегося. Иногда способность супервизируемого слушать и размышлять о пациентах бывает настолько ограниченна, что не развивается в процессе супервизии, обучения или индивидуальной психотерапии. В таком случае практиканту не следует заниматься психотерапевтической работой. Прохождение индивидуальной психотерапии как способа личностного роста ученика следует поощрять для каждого стажера, но особенно для тех, у кого есть конфликты в клинической работе.

Чувство собственного достоинства поддерживается результатами деятельности, талантом, равно как и рядом других условий. Для начинающего терапевта угрозу позитивной самооценке создают, в частности, отсутствие опыта, неосведомленность и некомпетентность в некоторых вопросах. Даже опытный терапевт не огражден от таких проблем, поскольку задачи психотерапии характерны своей неоднозначностью и неопределенностью, и достижение их зависит от личности пациента, его мотивации на работу, а не от тех целей, которые поставил перед собой психотерапевт. Чувство собственного достоинства сохраняется в течение всей жизни благодаря положительной оценке, которую дают человеку небезразличные для него люди. Способность строить отношения с теми, кто поддерживает в нас ощущение благополучия, необходима для сохранения способности к самооценке. Зависимость от проявлений уважения другими людьми чревата ранимостью, в случае негативного отношения, и беспокойством по поводу того, что данное лицо становится объектом оценки и анализа окружающих. Регулярные встречи со специалистом, который разбирается в людях, создают не только благоприятную атмосферу для учебы, но и опасность проявить сокровенные мысли и чувства.

В других случаях педагогическая ориентация супервизорского процесса иногда помогает смягчить удары по самолюбию, которые приходится сносить психотерапевту, а также избавиться от негативных переживаний, возникших в результате работы с пациентами.

Начинающие психотерапевты нередко замечают, что их реакции на пациентов (гнев, отчаяние, страх, половое возбуждение, беспомощность, отвращение, любовь и т .д.) отражают их личностные черты, в этом случае выявляются также их влечения, ценности, противоречия, неврозы и негативные качества. Умение супервизора обсуждать такие реакции, вспоминать в этой связи аналогичные реакции, имевшие место в собственной практике, компенсирует психический дискомфорт терапевта.

Самооценку психотерапевта можно поддержать путем проявления эмпатического интереса к его опыту, признания его компетентности, подчеркивания его ресурсов, выражения похвалы его достижениями, поощрения его стремления к профессиональному мастерству, особенно в моменты сомнений и разочарований. Контекст обучения способствует созданию познавательных и дидактических средств, обеспечивающих интеллектуальную защиту, которая помогает практиканту преодолеть аффективные реакции.

Дебрифинг — групповое обсуждение, дискуссия о происшедшем между участниками вскоре после стрессовой ситуации. Модель позволяет осознать, что с ними случилось — нормально. Дебрифинг — это не психотерапия, а вмешательство во время кризиса. Первым эту методику предложил Джеффре Митчел. Это модель кризисного интервью для преодоления кризиса. Если в медицинских вузах студенты привыкли к докладам на клинических разборах, то психотерапевты без медицинского образования иногда весьма болезненно переносят процедуру супервизии. У них могут появиться физические симптомы (тошнота, головокружение, повышенное артериальное давление, пониженный аппетит, ,бессонница, когнитивные (растерянность, выпадение памяти, навязчивый возврат зрительного образа происшедшего, эмоциональные проявления (тревога, потеря доверия к себе и другим, гнев, депрессия, стыд, вина (особенно если пациент умер, а психотерапевт выжил: заслужил ли он жизнь?)

Цель данной методики при проведении супервизии: помочь супервизируемому пережить нарциссическую уязвимость, восстановить контроль над своим настроением.

Упор делается на объяснении, что ошибки и неудачи — неминуемая часть работы психотерапевта. Негативные эмоциональные состояния пройдут тем быстрее, чем скорее психотерапевт позволят себе говорить о них.

Супервизор должен исходить из позитивного намерения способствовать личностному росту другого, а не удовлетворению своих амбиций. Мастерство супервизора-наставника определяется наличием у него таких личностно-профессиональных качеств, как умения оказывать поддержку стажеру, способности к сопереживанию и уважению супервизируемого. Использования в своей работе обучения и передачи опыта, стимуляции саморефлексии и самораскрытия супервизируемого, обладает чувством меры.

Формулирование темы взаимоотношений методом исследования центральной темы конфликтных отношений (CCRT). При формулировании тем взаимоотношений фокус внимания супервизора не ограничен пониманием контекста симптомов и связанных с ним страданий; терапевт, как правило, сосредоточен на нахождении паттерна взаимоотношений пациента с окружающими. Применительно к психотерапевтической сессии вариант такого подхода можно проиллюстрировать методом CCRT. Данный метод преодолевает недостатки других клинических методов, применяемых для формулирования центральной темы взаимоотношений в следующих сферах.

1.Единица анализа и оценки может быть ограничена «эпизодами взаимоотношений» в рамках сессии и не распространяться на всю сессию полностью. Эпизоды взаимоотношений – это нарративы о взаимодействии пациента с другими людьми, которые он воспроизводит по ходу сессий. Использование таких эпизодов упрощает задачу выявления центральной темы конфликтных отношений.

2.Центральная тема конфликтных отношений выражается в стандартной форме как некая фраза, содержащая два главных компонента: изложения желания, потребности или намерения пациента, например: «Я хочу понравиться парню», и изложения последствий попытки удовлетворить это желание по отношению к этому человеку: «Но я испытываю чувство вины, что не смогла понравиться» (последствия для Я) или «Но меня отвергают»(последствия со стороны «другого»). В терминах Фрейда центральная тема конфликтных отношений может интерпретироваться как восприятие пациентом определенных опасных ситуаций, возникающих в отношении с людьми. Опасные ситуации, как правило, связаны с ожидаемым или пережитым в прошлом состоянием беспомощности и, следовательно, с переживанием тревоги.

3. Задача клинического эксперта при формулировании CCRT заметно упрощается благодаря нахождению компонентов, преобладающих по частоте встречаемости. После повторного прочтения протокола сессии, где описаны эпизоды взаимоотношений, супервизор сможет выделить тему, которая «звучит» наиболее часто.

Таблица 1. Форма бланка для формулирования центральной темы конфликтных отношений

Желания, потребности, намерения	Последствия
Ж: «Я хочу от объекта» А. (В общем)__________________. 1.(В частности)________________ 2.(В частности)________________ Б. (В общем)__________________ 1. (В частности)________________ _	Негативная реакция объекта А.____________________ Б.____________________ В.____________________ Негативная реакция Я А.___________________ Б.___________________ В.___________________ Позитивная реакция объекта А.____________________ Позитивная реакция Я А.____________________

Не будет большой неожиданностью для специалиста, если он обнаружит определенные параллели между CCRT и «семейными темами».

Под словом «тема» подразумевается специфическая, несущая эмоциональную нагрузку проблема, вокруг которой формируется периодически повторяющийся конфликт. Поведенческий цикл в каждой семье управляется системой убеждений, установок, ожиданий, предубеждений, взглядов, привнесенных в центральное ядро семьи каждым из родителей из той семьи, где они воспитывались. Психотерапевту рекомендуется собрать информацию о семьях, где воспитывался каждый из родителей, поскольку именно здесь берут начало убеждения, восприятия и жизненные позиции. Историческая перспектива расширенной семьи часто проливает свет на текущую проблему. Очень часто родители говорят, что до подросткового возраста проблем с ребенком не было. Начинаешь собирать анамнез — и убеждаешься, что проблема возникла задолго до рождения ребенка. Контекст трех поколений проливает свет на формирование симптома.

Получение информации о семейной истории помогает «приоткрыть» семейную систему и получить доступ к семейным мифам и секретам. Кроме того, работа с семейной историей дает большие возможности для смены взглядов членов семьи на собственные проблемы и симптомы.

В этом подходе симптом — суть манифестация ведущей темы. Темы определяют способы организации жизненных событий. Поскольку в каждой семье имеется множество таких тем, психотерапевт старается обнаружить ту, что имеет непосредственное отношение к симптому и расширить их узкий репертуар коммуникаций в ответ на симптом. Психотерапевт, использующий ведущую тему в дискуссии с семьей, помогает снять ее членам фиксацию на симптомах. Этот подход позволяет установить сотрудничество, предпринять совместные усилия по изучению и изменению тем. Однажды поднятая тема в психотерапии дает возможность членам семьи увидеть их симптомы в совсем другом свете, расширяя их выбор и стратегии поведения.

В поиске тем необходимо прокладывать свой путь через индивидуума, семью, межпоколенные альянсы, внешнее социальное окружение. Возникает дешифровка центральной темы, идет трансформация иррациональных убеждений, заключенных в них.

- Исследование угрожающих последствий («декатастрофизация»). Этот прием, также называемый «что если», включает помощь пациентам в оценке преувеличения ими природы катастрофической ситуации и расширении ограниченного мышления. Используются вопросы и воображение. Задаются вопросы типа: «Что самое страшное может произойти?», «А если произойдет, что будет ужасно?» Если пациентом опыт (и сама жизнь) воспринимается как серия катастроф и проблем, психотерапевту следует подвести его к иному восприятию реальности. Пациент должен увидеть последствия жизненных событий не через призму «все или ничего», а более оптимистично. Важно, чтобы этот прием использовался с деликатностью и вниманием, чтобы пациент не чувствовал себя высмеянным психотерапевтом. Одновременно его стимулируют к поиску альтернатив.

- Описательно-образные, эмотивные приемы. Одной из разновидностей описательного подхода является работа с метафорами. В психотерапии они рассматриваются как мельчайшие единицы описательно-образного способа мышления, позволяя ослабить психологические защиты и внутренний мир пациента.

Четкое определение метафоры дать сложно. Она включает любую открытую или скрытую семейную коммуникацию, в которой одно явление связано с другим. Жест, прикосновение, рисунок, скульптура и язык могут иметь «метафорический оттенок».

1. Слушание или регистрация метафоры. Для ее выявления супервизору необходимо отказываться от привычки интерпретировать события и тщательнее прислушиваться к словам терапевта, обращая внимание и на сопутствующее невербальное поведение.

2.Подтверждение метафоры. Зарегистрировав появление метафоры, супервизор должен ее подтвердить. Он может высказать удивление по поводу появления метафоры или поблагодарить супервизируемого за живость их языка и ждать ответной реакции.

Пример. Так в речи супервизируемого в докладе о семье, которая не пришла к нему на следующую встречу, прозвучало слово «улетная семья». Все посмеялись, но супервизор запомнил эту метафору. Во время супервизорской сессии внимание вызвал рисунок семьи в виде животных. Терапевту было предложено выбрать на роли животных, олицетворяющих членов семьи на рисунке, из коллег, присутствующих на групповой супервизии, расставив их в пространстве. Когда супервизируемому задали вопрос, а кем он является в этой семье, тот ответил: «Птица над (ними!). Так метафора помогла осознать супервизируемому ошибку присоединения к семье и последовавшему за ней уходу с терапии.

- Работа с дискурсом. Согласно одному из системных правил люди, тесно общающиеся друг с другом, создают определенные правила, законы, схемы. Нарративные психотерапевты широко используют термин «дискурс».

✋Дискурс — исторически, социально и в недрах особой культуры возникшая специфическая структура убеждений, терминов, категорий и установок, которые влияют на отношения и (внутренние) тексты и звучат в историях пациентов

Некоторые дискурсы находятся на поверхности, другие становятся доступными после преодоления защитных механизмов. Индивид редко имеет один дискурс. Отношения в семье вбирают в себя множество дискурсов каждый день, хотя для членов семьи они порой невидимы. Дискурсы отца непременно связаны с другими дискурсами, например, дискурсами патриархата, материнства, биологии и многих других.

Нарративные связи устанавливаются на основе взаимоотношений сюжета, персонажей, ролей и предмета или смысла происходящего. Изложение может быть более или менее согласовано. Когда происходят сбои в рассказе, это может быть связано со многими причинами (например, потому что предмет происходящего — неопределенный или неощутимый или потому что исполнитель главной роли семейной драмы, возможно, оскорблен или обвиняет себя в чувствах, которые вне этих отношений никогда бы добровольно не возникли).

✋ При сборе анамнеза, следя за повествованием о значимых событиях (нарративом), важно найти индивидуальную когнитивную схему, связанную с патогенезом психического или психосоматического расстройства.

Следующий прием нарративного подхода служит для разбора текущего случая супервизии.

1. Какие убеждения или установки поддерживаются членами семьи, которые влияют на настоящую проблему?

2. Какая ежедневная картина общения отражает ответ на эти убеждения?

3. Какая центральная тема вытекает из этой картины?
4. Используя генограмму, задайте вопросы, ориентированные на выяснение темы, и следите за повторениями темы между поколениями.
5. Наблюдайте, как тема проявляется в других контекстах вне семьи.
6. Придумайте сеть вопросов для критики или изменения темы.
7. Подумайте о возможных вмешательствах относительно темы.

- Моделирование.Моделирование предполагает демонстрацию супервизором собственных способов мышления на базе своей практики, отыскание смысла в ассоциациях пациентов, формулирования предположений, терпимого отношения к аффектам, использование своего воображения и принятие решений. Супервизор не может осуществлять свою деятельность, не предлагая себя, когда это уместно, в качестве модели для подражания. Иногда моделирование осуществляется сознательно, а иногда принимает форму спонтанной демонстрации супервизорского приема. Для супервизора моделирование нередко является наиболее удобным подходом в преподавании. Если, например, супервизируемый проявляет определенную сдержанность в своих эмоциональных реакциях на пациента, супервизор может поделиться своими впечатлениями об этом пациенте или вспомнить об аналогичном пациенте из своей практики, равно как и о тех чувствах, которые вызвал у него этот пациент. С помощью примеров передается мысль о том, что эмоциональная реакция на пациента ожидаема, значима и достойна рассмотрения. Супервизор делает это интуитивно или сознательно, демонстрируя коллеге модель рефлексии и открытости обсуждения. Кроме того, супервизор предоставляет образец ассоциативного (зачастую «нелогичного» мышления для начинающих терапевтов, не прошедших курс личной терапии), творческого и игрового мышления и демонстрирует необходимость развития такого мышления для более глубокого понимания пациента.

Это возлагает ответственность на супервизора, приступающего к рассмотрению и объяснению своих способов мышления, рассуждения, составления умозаключений и построения выводов. Скрытая супервизорская директива типа «Поскольку этот способ установления связей между ассоциациями пациента имеет для меня смысл, его, вероятно, следует считать правильным, и поэтому я надеюсь, что вы также считаете его правильным» не показывает, каким образом супервизор пришел к своим выводам. Такой подход не позволяет супервизируемому понять причины, побудившие супервизора сделать данный вывод. Более того, у коллеги может сложиться впечатление, что постижение смысла ассоциаций пациента процесс таинственный, и тайна его известна лишь избранным.

Одно из достоинств моделирования состоит в том, что оно предоставляет в распоряжение супервизируемого ясную эмпирическую картину, которой придерживается более опытный наставник. Идентификация позволяет повысить уровень обучения. Если супервизор выбрал верную тактику, то моделирование демонстрирует способ мышления и поведения, которому коллега может подражать. Супервизор может, например, сказать: «Если бы вы думали, чувствовали и поступали так, что у меня возникло бы чувство доверия, тогда, разумеется, и я попытался бы действовать подобно вам». В данном контексте можно упомянуть неопытных клиницистов, испытывающих смущение, испуг или раздражение в случае словесных нападок со стороны пациента. Супервизор может определить цель обучения, как приобретение способности терпимо относиться к нападкам пациента, размышлять о них, извлекать из них полезную информацию о пациенте и избегать каких-либо репрессивных действий по отношении к нему. Супервизор демонстрирует альтернативный способ реагирования, когда он спокойно слушает и серьезно воспринимает сообщения о пациенте и дает супервизиремому понять, что и ему это по силам. Для более опытных терапевтов супервизор может моделировать свою интеллектуальную любознательность или интерес к установлению связей между результатами клинических наблюдений, литературой и различными теоретическими подходами.

Одна из опасностей, связанных с моделированием, состоит в том, что практикант может утратить перспективу и понимание того, что моделирование является всего лишь одним из способов

мышления супервизора, а не правильным подходом.

В тех случаях, когда психотерапевт не извлекает для себя пользы из такого подхода и, например, испытывает затруднения с контрпереносом, необходимо применять другие супервизорские вмешательства.

- Дидактические инструкции

Дидактическое обучение включает в себя все формы непосредственного объяснения, в том числе и передачу знаний в данной области (рассмотрение диагностических критериев определения расстройства личности, описание «зрелых» и «незрелых» психологических защит, рассмотрение различных способов применения гипноза и т. д.). Сюда может относиться объяснение своей формулировки и психотерапевтического диагноза пациента. Очевидно, что такое обучение является существенным компонентом квалифицированного преподавания, поскольку существует определенный объем знаний, который необходимо усвоить и применять в работе с пациентами. Дидактическое обучение позволяет терапевту ориентироваться в теоретических подходах и различных способах рассуждения о пациенте, а также учитывать, каким образом различные теории влияют на методику. Объясняя психодинамическую основу использования ассоциаций пациента для понимания его бессознательной сферы и/или, объясняя, почему рефлективное мышление имеет существенное значение для обучения терапевтической практике, супервизор помогает коллеге овладеть практическими навыками.

Дидактическое обучение также предусматривает предоставление супервизируемому рекомендаций по проведению клинической работы. Если, супервизор замечает, что терапевт своевременно не интерпретирует существенные данные, тогда он должен принять решение о способе корректирующего вмешательства. Супервизор может предложить свой вариант отношений с пациентом (моделирование) или задать терапевту ряд вопросов с целью рассмотрения возможных выборов (сократический метод). Однако, супервизор часто выбирает директивный подход, если замечает, что его клинический опыт имеет преимущество по сравнению с другими решениями, осуществляемыми терапевтом.. Такая подсказка может принять форму указания о необходимости интерпретировать некоторые симптомы, оценить суицидные тенденции, назначить медикаментозную терапию или госпитализировать пациента.

Наряду с передач ей информации и руководством клинической деятельностью дидактическое обучение нередко помогает супервизируемому, а иногда и супервизору, снизить уровень неуверенности. Снятие беспокойства путем овладения фактическим материалом относится к одному из достоинств дидактического метода. Умение поставить диагноз пациенту часто помогает психотерапевту перестать беспокоиться и спокойно проводить психотерапию.

Однако дидактический подход может отражать и жесткую защитную позицию супервизора. Порой необоснованная аргументация по поводу того, как следует понимать клинические данные и что необходимо с ними делать, защищает терапевта и супервизора от чувства собственной неуверенности.

Чрезмерное применение дидактического подхода, после того как супервизируемый продемонстрирует умение самостоятельно обдумывать проблему, может затормозить развитие учебного процесса. В задачу любого супервизора входит передача своих впечатлений, и умение по-новому взглянуть на проблемы пациента. Разъяснение запутанных данных ободряет терапевта. Если же супервизор неоднократно обращается к рассмотрению или ограничивается анализом только тех данных, которые представлены в форме выводов супервизора относительно пациента, то такое положение вещей может препятствовать терапевту в развитии инициативы и получения удовольствия от собственных открытий.

- Сократический метод.Под сократическим методом мы подразумеваем использование вопросов для привлечения внимания учащегося к активному обсуждению проблемы или спорного вопроса. Сюда относится обмен вопросами и ответами между супервизором и супервизируемым, который приводит не просто к передаче знаний, а к совместному открытию. С помощью вопросов, гипотез и сценариев по типу «что, если» этот вид диалектики побуждает терапевтов к более активному участию в рассмотрении проблем

пациента.
В отличие от прямых указаний сократический метод позволяет использовать знания и творческий потенциал самого супервизируемого. Он побуждает к применению логического мышления, воображения и саморефлексии (если вопросы адресованы эмоциональным ответным реакциям супервизируемого). Супервизор может задать ряд парадигматических вопросов, адресованных к четырем типам мышления. Ключевой вопрос к ассоциативному мышлению может выглядеть так: «Какие мысли возникают у вас в связи с результатами наблюдений за пациентом?» С точки зрения индуктивного мышления вопрос выглядит следующим образом: «Как вы пришли к этому выводу? Какие наблюдения, реакции и полученные данные были использованы вами?» С позиций рефлексивного мышления можно задать следующие ключевые вопросы: «Что вы почувствовали, когда это произошло (с пациентом)?» «Что вы действительно хотите сказать пациенту?» «Как вы опишите свой стиль или манеру работы с этим пациентом?» Какое у вас возникло впечатление?» В контексте творческого мышления вопрос можно сформулировать так: «Нельзя ли рассмотреть этот вопрос иначе?»
Сократичский метод имеет свои ограничения. Нередко он приводит к появлению у супервизируемого чувств неуверенности, беспокойства и нарциссической ранимости. Такой подход нецелесообразен на первых этапах работы с застенчивыми учащимися. Его применение нередко ставит супервизируемых в затруднительное положение и мешает обучению. Кроме того: вопросы могут иметь совершенно разные, скрытые под языковой оболочкой, содержания и значения, не всегда характеризующиеся благожелательностью и полезностью. Любой вопрос семантически связан с поведением: «Отвечай на этот вопрос!» Даже вопрос «Как вы себя чувствуете сегодня?» означает «Скажите мне, как вы чувствуете себя сегодня?» В потоке ежедневных взаимодействий мы обычно не обращаем внимания на эту сторону вопроса. Однако в психотерапевтическом и супервизорском диалогах, которые характеризуются определенным различием в полномочиях, семантическая структура приобретает большее значение. Сократические вопросы, задаваемые супервизором, нередко напоминают допрос и могут восприниматься как требовательные и унизительные. Вопрос может служить приглашением к большей независимости мышления или к совместным размышлениям о проблеме, но он может содержать и другие значения: властные, управленческие и оценочные. Супервизор должен внимательно прислушиваться не только к тому, как отвечают на его вопросы, но и к тому, как они воспринимаются.

- Рефлексивные вопросы

Рефлексивные вопросы - это вопросы, способствующие личностному росту индивидуума или семьи путем стимуляции ответов, которые позволят членам семьи создать новые конструктивные установки и поведение.
Остановимся подробнее на некоторых вопросах из этой группы, так как они очень важны при исследовании ресурсной системы семьи и подростка.

✓ Деконструктивные («экстернализирующие») вопросы

Деконструктивные вопросы, направленные на выявление проблемных убеждений, опыта, чувств, установок, помогают людям “распаковать” свои истории и увидеть их под другим углом зрения. Эти вопросы также позволяют описать историю возникновения и развития проблемы в жизни пациента, оценить последствия и результаты проблемного поведения или установок, осознать влияние социо - культурных установок на возникновение проблемы и на ее разрешение. Варианты и примеры.
История взаимоотношения человека с убеждением, опытом, чувством, установкой.

- Когда Вы впервые стали думать так?
- Кто еще из Ваших знакомых (или просто из окружающих) реагирует на проблемы подобным образом?
- Какие переживания прошлого пробудили в Вас это чувство вины?

Контекстуальное влияние на убеждение, опыт, чувство, установку. Эти вопросы ориентированы на отображение текущих контекстов, которые служат системной поддержкой для проблемных историй, а также на выявление роли социо-культурных норм, принятых в данной культуре.

- Как вы полагаете, в каких ситуациях подобные идеи следует отстаивать?
- Кто получает выгоду от того, что все происходит именно так?

Последствия и результаты убеждения, опыта, чувства, установки.

Эти вопросы нацелены на расширение сферы проблемной истории, выявление влияния проблемы на жизнь и взаимоотношения людей.

- Как повлияло на вашу жизнь убеждение, что вы безвольный человек?

Взаимосвязь с другими убеждениями, опытом, чувствами, установками. Позволяют исследовать систему убеждений, которые составляют суть проблемы.

- Есть ли еще другие проблемы в семье Вашего пациента, которые можно объединить с наркоманией
- Что вы думаете о ваших взаимоотношениях теперь, когда вы осознаете эту внутреннюю борьбу? Какие идеи, привычки, чувства питают эту проблему, продлевают ей жизнь?
- Тактики и стратегии убеждений, опыта, установок, чувств.

Вопросы подобного рода помогают отделить проблему от личности терапевта, снижают чувства вины и завышенной ответственности за психотерапию.

- Как гнев зарождается между Вами и пациентом?
- Если бы я был вашим страхом, что я должен был бы сделать, чтобы вы знали о моем присутствии? Каким образом я ухудшал бы положение? Какие моменты времени я бы выбирал?
- Что говорит вам Ваша беспомощность? Как ей удается быть такой убедительной?
- Что страх шепчет вам на ухо, когда вы думаете, что не справитесь с пациентом?

➢ **Вопросы, открывающие пространство**

Эти вопросы помогают пациенту найти собственные ресурсы для разрешения проблемы; увидеть себя в роли человека, способного контролировать проблемную ситуацию; вопросы помогают создать новую историю взаимоотношений терапевта с проблемой, в которой возможен “счастливый” конец. Варианты и примеры.

Об уникальных эпизодах, происходивших в реальности.

Эти вопросы побуждают к поиску исключений из проблемной истории. На этом этапе психотерапевт начинает создавать новую уникальную историю о своих взаимоотношениях. Бывали ли времена, когда неуверенность могла бы влиять на ваши отношения с пациентом, но ей это не удавалось?

- Были ли случаи, когда вы противостояли мыслям о беспомощности дольше обычного?
- Итак, в течение двух прошедших недель напряжение от работы с пациентом возрастало, но были ли моменты, когда вы хотя бы на мгновение чувствовали надежду на сдвиг?

О воображаемых уникальных эпизодах, используя вопросы гипотетического опыта.

- Предположим, Вы узнали, что Ваш пациент берет дополнительную работу, чтобы оплатить сеансы, а не потому, что он сопротивляется. Как эта информация изменила бы Ваши отношения?
- Если бы вы решили покончить с неуверенностью, с чего бы Вы начали?

Вопросы, касающиеся различных точек зрения.

- Что сказала бы ваша бабушка о том, как вы справляетесь с этой проблемой?
- Я считаю, вы готовы взять на себя эту ответственность. Что, по вашему мнению, позволяет мне так думать?

➢ Вопросы, ориентированные на другие временные рамки и контексты.

- Я понимаю, что в этом споре гнев действительно взял над вами верх…, но мне интересно, бывали ли ситуации, когда вы были способны справляться с гневом?
- Я слышу, что вы переживаете это как проблему всей своей жизни. Давайте сравним периоды Вашей жизни. Были ли времена, когда отчаяние играло менее важную роль?

➢ **Вопросы предпочтения**

Эти вопросы дают психотерапевту возможность делать выбор в свою пользу, самостоятельно принимать решение о том, как и в каком направлении необходимо двигаться дальше в работе с психотерапевтом. Варианты и примеры.

- Вы думаете, что неуверенность должна говорить за Вас, или будет лучше, если Вы сами будете говорить за себя?
- Это полезный опыт? Почему? Каким образом? Чем он полезен для вас?
- Как вы думаете, кому лучше управлять вашей жизнью – Вашей неуверенности или Вам? Почему?

➢ **Вопросы развития истории**

Эти вопросы помогают точнее описать сложившуюся проблемную ситуацию, а также могут помочь в создании новой истории взаимоотношения терапевта с проблемой. Варианты и примеры.

Процесс

- Какие шаги вы предприняли? Что вы сделали сначала? А потом?
- Если оглянуться назад, какие моменты сделали возможным ваше достижение?
- Что вы говорили себе, чтобы поддержать это новое решение?

Детали

- Если бы я был рядом, когда Вы переживали этот прорыв, что бы особенного я заметил?
- Что именно она сказала, когда вы применили прием «конфронтация»?

Время

- Кто бы мог предсказать, что произойдут такие изменения? Что могло бы привести их к такому предсказанию? Какое воспоминание или событие?
- Это с вами впервые, или уже бывало, что вы выговаривались в сложных ситуациях?

Контекст

- Есть ли конкретные ситуации или места, которые могут поддержать Ваше новое решение?
- Ваша уверенность больше проявляется на сеансах или дома?
- Можно ли сказать, что обстоятельства поддерживали вас, когда вы это делали? Каким образом?

Люди

- Кто сыграл роль в том, что вы так поступили?
- Кто первым заметит, что вы победили этот страх? Как это повлияет на него?

➢ Вопросы, связывающие прошлое, настоящее и будущее.

Вопросы, контрастирующие с прошлым, настоящим, будущим.

- Сейчас вы вполне удовлетворены отзывами Ваших коллег. Было ли так раньше, когда вы ходили на работу? В чем разница?

Вопросы, связывающие прошлое, настоящее и будущее.

- Если вы возьмете самоуверенность из Вашего прошлого и Ваши сегодняшние идеи, как Вы могли бы повести себя в будущем?
- Кто из Вашего прошлого мог бы предположить, что конфликт с пациентом произойдет в Вашей жизни?

Вопросы о возможном будущем.

- Как Вы думаете, какой может быть ваш следующий шаг?
- Теперь, когда Вы обнаружили эти особенности ваших взаимоотношений, Вы по-другому видите перспективы лечения?

➢ **Вопросы смысла**

Эти вопросы обычно задаются в связи с ответами на вопросы “открытия пространства”, “предпочтения” и “развития истории”, и вплетаются в другие типы вопросов.

Смысл и подтексты

- Какой смысл Вы видите в том, что пациент так поступил?
- Если бы Вам пришлось применить это знание в своей жизни, в какой ситуации оно произвело бы наибольшие перемены? Какие перемены оно бы вызвало?

Особенности и качества

- Как бы Ваш пациент описал ваши взаимоотношения в связи с тем, чего вы вместе добились?

Мотивация, надежды, задачи

- Как Вы думаете, что толкнуло пациента на этот поступок?
- Мы сейчас перечислили ряд вещей, за которые вы взялись и сделали по определенному плану. Окидывая взглядом этот список, как Вы понимаете свои задачи в этой области?

Ценности и убеждения

- Почему это новое убеждение подходит вам больше, чем старое?
- Как вы думаете, после этой супервизии, что бы я сказал о том, что у Вас лучше всего получается в психотерапии?

Знания и навыки

- Если вернуться назад к тому событию, что вы тогда знали о своих взаимоотношениях с пациентом?
- Какие ситуации могли бы дать Вам опыт, который бы пригодился и в других аспектах вашей жизни?

➢ Поощрение и разрешение

Супервизор поощряет любознательность супервизируемого и его стремление опробовать новые способы поведения и мышления. Многие психотерапевты имеют особые представления о пациентах и используют их в терапии. Нередко они испытывают неуверенность в выбранном ими методе, своевременности и точности замечания, которое они собираются адресовать пациенту. Такое поведение является следствием боязни оскорбить пациента или беспокойства за правильность выбранной позиции. Поэтому супервизируемый может посчитать неуместными замечания супервизора. Особое внимание в этом случае следует обратить на нежелание большинства терапевтов (особенно на первых этапах обучения) делать замечания, которые раздражают пациента, не вписываются в рамки его сознательных переживаний или противоречат поведению пациента в рамках переноса. В таких случаях практикант нуждается в поддержке супервизора. Например, полезным может быть следующее замечание супервизора: «Уместно сказать этому пациенту, чтобы он вел себя так, как будто вас с ним рядом нет».
На пути формирования интереса к психотерапевтической практике существует множество помех, к числу которых относятся тревога, связанная с нежеланием нарушить защитную структуру пациента, конфликты, связанные с болезненным любопытством к чужим делам, и т. д. Оказание помощи коллегам в преодолении этих торможений входит в задачи супервизии. Иногда необходимо расспросить учащегося о его мнении по поводу «пробуксовки терапии», особенно в тех случаях, когда поощрение не приводит к ожидаемому результату. И все же поощрение и разрешение нередко служат хорошей отправной точкой. Супервизируемые стремятся получить у супервизоров указания по поводу формирования допустимых форм терапевтического поведения. Допустимыми следует считать нормы профессионального поведения, которые соответствуют данной личности, этике, целям и ценностям терапии. Воспитание в себе таких форм поведения — процесс постепенный. Он включает в себя формирование профессиональной индивидуальности и происходит в течение всей профессиональной деятельности терапевта. Супервизоры играют важную роль в этом развитии, моделируя профессиональное поведение на основе своего поведения, своих методов и моральных ценностей.
Поощрение и разрешение использовать новые формы мышления и терапевтического поведения должны сопровождаться указаниями супервизора на то, какие установки и поведенческая позиция наиболее уместны в той или иной профессиональной ситуации. Например, супервизор может поощрять максимальную свободу и гибкость в размышлениях о пациенте, т.е. понимание смысла ассоциаций, аффектов и контр-переносов, поскольку терапевт использует весь потенциал своего мышления, воображения и жизнеощущения для понимания пациента. В то же время поведение терапевта по отношению к пациенту должно отличаться осторожностью, вдумчивостью, добросовестностью и деликатностью. Разграничение свободы в терапевтическом мышлении и осторожности в поведении является одним из элементов профессионализма. Вместе с тем оно может вызывать у некоторых учащихся непонимание того, какие черты поощряет супервизор. Рассмотрение материала может сопровождаться приятным изумлением, когда супервизируемый обнаруживает дисфункциональные паттерны в поведении пациента. Понять проблемы пациента помогает юмор, поскольку он сублимирует враждебность, обеспечивает дистанцию и перспективу рассмотрения, а также снимает напряжение. Иногда юмор может граничить с пренебрежительным отношением к пациенту. В таких случаях поощрение может привести практиканта к потере ориентации. В вышеприведенном' случае практикант мог истолковать творческое обсуждение как доказательство того, что супервизор считает данного пациента достойным осмеяния, а это могло повлиять и на отношение практиканта к данному пациенту, равно как и к пациентам вообще. Супервизор должен учитывать допустимость поощряемых им форм поведения на терапевтических сессиях и супервизиях. Применяя метод поощрений — «Это полезный инсайт. Пойдите и расскажите об этом пациенту. Если это вызовет у него раздражение, постарайтесь понять

причину»,— супервизор нередко недооценивает степень трудности такого задания для не уверенного в себе молодого психотерапевта. Учащийся может воспринимать поощрение как требование и переживать его как обузу. Супервизор должен учитывать соответствующую готовность к поощрению, как терапевта, так и пациента. Супервизоры знают о внутренних переживаниях практикантов меньше, чем терапевты знают о переживаниях своих пациентов. Поэтому определение готовности терапевта встретиться с пациентом и осуществить интерпретацию, а также понимание того, что оказалось причиной неготовности — неопытность или невротическое торможение,— сопряжены с определенными трудностями. Тем не менее, супервизоры должны учитывать выносливость учащегося и тот факт, что поощрение и разрешение могут оказаться для него источником конфликта.
Успешное применение супервизором методов разрешения и поощрения помогает учащемуся сформировать свой стиль поведения и мышления.

- Разъяснение. Разъяснение относится к числу вмешательств, которые включают в себя открытое замечание супервизора относительно установки или поведения супервизируемого, полностью или частично остававшихся без внимания с его стороны. Такие замечания основаны, как правило, на результатах наблюдений за внешним поведением, аффектами и способами реагирования практиканта, и достаточно легко им опознаются, когда

на них указывают. Такие замечания не содержат упоминаний о бессознательных конфликтах, защитных проявлениях и мотивациях практиканта. Супервизор может дать словесное описание тому или иному аффекту практиканта («По-видимому, вас раздражал пациент, когда вы рассказывали эту историю»). Супервизор также может дать свое определение относительно поведения терапевта при проведении терапии. («Когда пациентка упоминает о своем чувстве безысходности, вас охватывает беспокойство и вы начинаете давать оценку ее суицидным побуждениям, прекращая дальнейшие расспросы о чувстве безысходности»).
Подобные замечания имеют своей целью обратить внимание практиканта на его собственные аффекты и поведенческие паттерны и переносят акцент супервизорского диалога с пациента на терапевта. Такое вмешательство привлекает внимание практиканта к тем неопознанным моделям, аффектам и «белым пятнам», на которые он до этого не обращал внимания. Замечания относительно терапевтических и учебных форм поведения учащегося и связанных с ними аффектов могут многому его научить. Они обогащают терапевта знаниями, позволяя исследовать проблемы контрпереноса, взаимодействия между пациентом и терапевтом, понимать и сдерживать аффекты, а также способствуют практическому овладению искусством психотерапии.
В тех случаях, когда практикант становится объектом внимания, появляется риск вторжении в личную жизнь и нанесения терапевту «нарциссической травмы». Один практикант сообщил супервизору о пациенте, отец которого заболел. В детстве пациент испытывал острое чувство разочарований, связанное с невниманием к; нему со стороны отца. Болезнь отца снова вызвала к жизни чувства разочарования и эмоциональной утраты. Терапевт рассказал об этой ситуации без эмоций и эмпатии по отношению к пациенту, оставив без внимания перенос, а именно то, что пациент, возможно, испытал разочарование в терапевте или сохранил с ним эмоциональную дистанцию. Ранее терапевт рассказал супервизору о том, что его родители развелись, когда он был ребенком, и он сам испытывал сильное разочарование, связанное с тем, что рос без отца. Когда терапевт сообщил о чувствах пациента, возникших в связи с болезнью отца, супервизор сказал: «Вам знакомо подобное разочарование». Супервизор отметил, что испытанное практикантом чувство утраты могло бы помочь ему понять и чувства пациента.
С помощью своих замечаний супервизор решил включить в диалог рассмотрение прошлого опыта терапевта, полагая, что, двигаясь в этом направлении, терапевт сможет понять пациента или проникнуться его чувствами. Предполагалось, что связанные с потерей отца переживания терапевта должны оказать определенное влияние на его восприимчивость к проблемам пациентов и на его работу в качестве терапевта вообще. Таким образом, замечание супервизора косвенно сводилось к разъяснению. Супервизор мог ограничиться рассмотрением данных о пациенте и более основательно проанализировать, каким образом болезнь отца пробудила в пациенте давнишние чувства. Он мог применить сократический метод, расспросив терапевта о его предположениях и

ассоциациях по поводу пациента и рассмотрев возможность их использования для понимания проблем пациента. В данном случае супервизор решил включить в обсуждение опыт терапевта, в частности, вследствие значимости такого опыта, а также исходя из предположения о том, что эмоциональная отстраненность терапевта от рассматриваемого материала представляет бессознательную идентификацию с оторванностью пациента от своего переживания.

- РАБОТА С СИМВОЛАМИ

Используемые в супервизии образы не являются по-настоящему "словами" и часто вовсе не имеют вербального обозначения. Мы можем воссоздать символическую репрезентацию целого объекта по символической репрезентации одного или более его компонентов, и делаем это постоянно. Психические образы функционируют как символы. Именно поэтому объекты или рисунки могут быть полезны в супервизии даже тогда, когда не отражают реальные ситуации.
Человеку свойственно разгадывать ребусы. Если представить идею визуально, человек в состоянии увидеть в ней загадку, которая не была ему на вербальном уровне. Зачастую ключом к разгадке случая являются отношения между объектами. Визуальная презентация помогает "увидеть" скрытые паттерны поведения, которые во время интервью оказались незамеченными. В качестве таких объектов могут служить разнообразные фигурки людей и животных на магнитах, используемые в быту в качестве фиксаторов на холодильник. Опыт показывает, что полезно иметь среди них фигурки чудовищ, злодеев, вероломных, коварных существ (крыса, таракан, зловещего вида мужчина и женщина); неоднозначные персонажи (например, яйцо, монахиня в полном облачении, Барби); представителей возвышенного, «духовного» начала (радуга, неспецифичные тотемы, изображение божества, круги). Хорошо, конечно, иметь большой спектр разнообразных предметов, но удивительно, как много можно сделать с самыми простыми пуговицами на магнитах из магазина канцтоваров. Необходимые фигурки, в метафорической форме отражающие проблемы супервизируемого в терапевтической или супервизорской системах, фиксируются на доске с металлическим основанием по ходу супервизорской сессии.

- РОЛЕВАЯ СУПЕРВИЗИЯ

При использовании методов действия в супервизии происходит проигрывание конкурирующих, противоречивых переживаний, испытываемых множеством «субличностей» как пациента, так и супервизируемого. Супервизируемый экстернализует внутреннюю драму, воспроизводя ее в форме, зрительно доступной как для него самого, так и для группы. Таким образом, создаются новые способы размышления о себе и взаимодействия с другими.
В активной супервизии понимание роли имеет чрезвычайно важное значение, поскольку оно является основой для проигрывания участниками группы "частей" пациента или терапевта. Многие полагают, что понятие "роли" противоположно идее "реальности". Мы часто слышим высказывания такого рода: "Она просто играет роль — да, это не настоящее". Однако как технический термин в теории ролей понятие "роль" не имеет никакого отношения к подлинности, искренности или маскам: оно (именно так это слово понимается здесь) означает функционирование личности во взаимодействии с одним или более людьми в конкретные периоды времени в конкретных ситуациях. Из данного определения следует, что люди имеют множество "я", проявляющихся в различных контекстах, и что их "я" в каждый конкретный момент состоит в том, что они делают и говорят, что они чувствуют по исходу того, что делают и говорят, а также по отношению к кому они это делают и говорят. Что касается осуществляемого в роли взаимодействия с одним или другими людьми, то оно может происходить в реальности (то есть человек может непосредственно взаимодействовать с другим человеком), а может лишь в воображении (например, "другой" является давно умершим дедом, и конкретная ситуация целиком вымышлена (кататимная психодрама) — встреча с ним на кладбище на Украине).

Ролевая супервизия основана на нескольких базовых процедурах, которые по мере приобретения опыта становятся для супервизора частью его повседневного арсенала. Эти процедуры "вскрывают" терапевтическую систему, позволяя супервизируемому понять ее. Процесс ролевой супервизии включает в себя пять элементов.

1. Краткое вербальное описание случая.
2. Конкретизация ролей, скрывающихся за описанием.
3. Пространственная расстановка ролевых персонажей.
4. Ролевая игра.
5. Смена ролей

В этом вмешательстве супервизор действует как юркий буксир для тяжелого терапевтического теплохода: слегка подталкивает в одну сторону, тянет в другую, пока, в конце концов, корабль благополучно не причалит.

Пример. Допустим, психотерапевт Марина оказалась в тупике на определенной стадии терапии Валентины, пациентки с пограничной личностной организацией, талантливой, но неспособной к стабильным отношениям двадцатишестилетней женщины, с частыми конфликтами на работе и дома.

1. *Вербальное описание*. Первый шаг супервизора относительно прост: она предлагает Марине описать Валентину настолько подробно, насколько это необходимо. Это описание может быть очень полным, в ином случае супервизор будет работать с несколькими важными деталями, выделенными путем интуитивного выбора. Этот этап соответствует первому фокусу шестифокусного подхода — "Рассказ терапевта".

2. *Конкретизация роли*. Марина говорит, что Валентина "похожа на вздорную маленькую девочку, которая не понимает, почему события развиваются не так, как ей хочется, и реагирует вспышками яростного раздражения. Эти вспышки порой позволяют ей получить желаемое, но чаще приводят к тому, что другие люди начинают ее избегать. «Иногда я чувствую так, как одна из женщин в ее окружении» (комплиментарный контрперенос!) Должна отметить, что как только мы вроде бы начинаем куда-то продвигаться в терапии, она начинает злиться, обвиняя меня во всем на свете; в других случаях она уходит от контакта, что я вообще не в состоянии ее понять».

> ✋ Генрих Ракер (Heinrich Racker, 1968), южноамериканский аналитик, находившийся под влиянием Кляйн, предложил клинически бесценные категории *согласующегося* (*конкордантного*) и *дополняющего* (*комплиментарного*) контрпереноса. Первый термин означает ощущение (эмпатическое) терапевтом того обстоятельства, что пациент, будучи ребенком, чувствовал по отношению к раннему объекту; второй термин обозначает, что чувства терапевта (неэмпатичные, с точки зрения клиента) соответствуют переживаниям объекта по отношению к ребенку.
>
> Аналитическая теория предполагает: всякий раз, входя в контакт, мы прибегаем к нашему опыту раннего младенчества, предшествующему и предвосхищающему формальное, логическое общение, которое мы с легкостью облекаем в слова.

Всякий раз, когда Марина говорит о Валентине нечто, что кажется значимым, супервизор просит ее выбрать из группы очередное вспомогательное "я" на роль этой части Валентины. Конкретизация роли позволяет и супервизору, и Марине визуализировать качества, которые в противном случае существовали бы лишь на вербальном или символическом уровне. Это аналогично выбору символического объекта при визуальной супервизии.

Так в ходе рассказа терапевта определены роли: "Обиженная", "Капризная девочка", "Раненый зверь" и "Бегущая по волнам" — и для их репрезентации выбраны участники группы, вспомогательные "я".

3. *Пространственная организация*. Следующий шаг: супервизор определенным образом располагает ролевых персонажей в пространстве — кто перед кем, кто сбоку; кто движется, кто стоит, кто преклонил колени; как одна субличность взаимодействует с другой и т.д. Таким образом, представления о близости и дистанции, "выше" и "ниже", "к" и "от" становятся зримыми, а вместе с ними зримыми становятся силы и динамика пациента. Эта часть процесса также имеет много общего с визуальной супервизией, хотя "объекты", реальные люди, здесь много крупнее. Один аспект терапевтической диады — пациент — таким образом, определен, и супервизор может,

например, на следующем шаге обратиться к исследованию ролевой структуры Валентины и работы внутри этой структуры. Это супервизия, центрированная на пациенте, на его проблемах и его динамике. Супервизор задавал бы супервизируемому вопросы следующего рода:

- Какие клиентские гипертрофированы, какие недостаточно сформированы и какие развиты адекватно?
- Как определенная роль влияет на другие роли в системе?
- Если данная конкретная роль доминирует, каким другим ролям она не дает проявиться? и т.д.

Задавая эти вопросы, супервизор обычно стоит рядом с членами группы, выбранными в качестве вспомогательных "я". Когда есть физический объект, на который можно указать (член группы в роли "Капризной девочки", "Бегущей по волнам" и т.д.), вопросы вызывают живой интерес в группе, это уже не абстрактное теоретическое упражнение.

До сих пор все роли, выявленные Мариной в этом воображаемом случае, были «интрапсихическими». В ролевой игре, кроме «субличностей» Марины, могут быть психодраматически представлены и персонажи из ее текущей жизни. Так, супервизор мог бы предложить Марине нарисовать на доске генограмму Валентины или ее социальный атом (людей, в настоящее время участвующие в жизни Валентины). Процедура была бы примерно такая же, как при установлении "внутренних" ролей. Супервизор в этом случае мог бы создать контекст для классических супервизорских вмешательств — обмениваться ролями со всеми значимыми фигурами из социального атома Валентины и исследовать мотивы поведения, ограничения, семейные мифы и т.д. Более того, он делал бы это "здесь и сейчас", независимо от актуальной прошлой, настоящей или будущей ситуации.

4. *Ролевая игра*. До сих пор супервизор применил лишь три из пяти компонентов — вербальное описание, конкретизацию и пространственную организацию. Он может построить на этих компонентах всю супервизорскую сессию или перейти к четвертому этапу — начать интервьюирование в роли.

Интервьюирование в роли — один из факторов, отличающих ролевую супервизию от визуальной, использующей рисунки или символические объекты: трехсантиметровую фигурку на доске интервьюировать трудно. Ролевая игра начинается с того, что Марина выбирает одну из ролей Валентины — например, «Капризной девочки» — и становится этим персонажем. То есть она физически перемещается в эту позицию, принимает на себя роль инфантильных капризов Валентины и в этом качестве вступает в беседу с супервизором. В ходе этой беседы супервизор, например, может спросить ее: "Как долго ты существуешь? Что ты делаешь для Валентины? В каких ситуациях ты чаще всего проявляешься? Почему ты такая яркая?"

5. Смена ролей. Обмен ролями возможен благодаря наличию группы; они помогают супервизируемому «прочувствовать» пациента и прояснить информацию. Быстрые обмены ролями могут также способствовать повышению спонтанности. Вопросы супервизора, адресованные ролевому персонажу, дают больше информации, чем, стандартные вопросы, относящиеся к аффектам Валентины. Вспомогательные "Я" теперь знают, что им делать и говорить, поскольку они наблюдали за интервью с Мариной в качестве каждого из персонажей. Теперь им можно предложить непосредственно взаимодействовать друг с другом. Теперь супервизор может заключительный элемент метода — движение. Супервизор и супервизируемый лучше познакомились с ролевой структурой Валентины, и у них могут появиться некоторые идеи для будущей терапии. Супервизор может спроситьМарину:

"Марина, как ты в своей работе с Валентиной рассчитываешь использовать эти роли? Перемести персонажи, покажи, какой ты хотела бы видеть следующую сессию; покажи нам, к чему ты стремишься".

Занимаясь передвижением персонажей, супервизируемая может обнаружить, что существуют еще роли, которые она не упомянула и даже не заметила. При желании она сможет поговорить с этими персонажами, а они — друг с другом. Пока Марина создавала образы из внутреннего мира пациентки и ее микросоциального окружения, она должна была глубоко проникнуть в свои терапевтические цели.

Наконец, после расспросов супервизора, Марина приходит к желаемому результату: вот так бы она

провела следующую сессию. Каких изменений она на самом деле хочет? Ответ она найдет сама.

ГЛАВА 3. ТРУДНОСТИ, С КОТОРЫМИ СТАЛКИВАЕТСЯ ПСИХОТЕРАПЕВТ

Сотрудничество супервизора и психотерапевта в изучении пациента — творческий процесс, который, проходя в групповой форме, имеет свои положительные и отрицательные стороны. К отрицательным сторонам следует отнести необходимость раскрытия своих неудач перед группой, а это при недостаточном эмпатическом потенциале преподавателя может усилить нарциссическую ранимость коллеги. С другой стороны, помощь и поддержка коллег, педагогическая ориентация супервизорского процесса имеет шанс смягчить удары по самолюбию, которые приходится сносить психотерапевту, а также избавиться от негативных переживаний, возникших в результате работы с пациентами.

Сопротивление лечению.Тревога, которая создает потребность в терапии, в то же время вызывает сопротивление ей. Сопротивление является правом пациента и требует к себе уважения. Чем пытаться преодолеть его силой или авторитетом, лучше показать эмпатический интерес ко всем проявлениям сопротивления. Сопротивление принимает многие формы, иногда неуловимые, а иногда ясные. Наиболее частые примеры:

- сокращение или прекращение терапии;
- пренебрежение важными результатами, вопросы, не имеющие отношения к делу (для их выяснения полезно исследование мотивации);
- недоверие (часто беспричинное); непродуктивное молчание;
- уклончивость, бесчестность, враждебность, лесть, переоценка или недооценка терапевта;
- пропуски встреч или приход с опозданием и т.п.

Сопротивление подвергает испытанию собственную уверенность терапевта.

Установление терапевтических отношений. Отличие терапевтических отношений от любых других состоит также в наличии относительно специфических целей и строгих временных ограничений: отношения существуют для поиска решений, и сессия заканчивается, как только минутная стрелка часов достигает заранее оговоренной цифры. Таким образом, кроме многих общих характеристик, которые можно найти и в других успешных отношениях между людьми, терапевтические отношения имеют ряд отличий. Отношения — это своего рода база для изменения. Независимо от предпочитаемой теоретической направленности, от того, какие используются техники, терапевтические отношения — это всегда связь между пациентом и терапевтом, основа для дальнейшей работы. Остановимся на некоторых характеристиках таких отношений.

1. Отношения имеют определенную цель — они заканчиваются, как только это становится возможным с терапевтической точки зрения.
2. Отношения — это часть процесса межличностного влияния, в ходе которого консультант стремится стимулировать изменения в пациенте, используя свои навыки, способности, также как и силы, возникающие в результате взаимодействия двух личностей.
3. Терапевтические отношения существуют в культурном контексте. Вероятно, они окажутся более эффективными, если будут построены на уважении ценностей, ожиданий и потребностей пациентов, с учетом культурного контекста, включая национальный, социально-экономический, религиозный, гендерный и другие факторы.
4. Психотерапевт может работать с различными вариантами поведения, мыслями, установками и действиями, но чаще всего фокусировка происходит на выражении и исследовании чувств, которые редко обнаруживаются вне терапевтического контекста.
5. Чтобы отношения были эффективными, психотерапевт и пациент должны придти к согласию в вопросах о причинах и этиологии предъявляемых проблем, и о том, что должно быть сделано, чтобы их разрешить. Самые эффективные отношения характеризуются согласием относительно целей и используемых методов, открытой коммуникацией и взаимодействием, направленным на сотрудничество.

6. Отношения динамичны и со временем претерпевают изменения. То, что является наиболее подходящим на начальных стадиях консультирования (аутентичное вовлечение), на последующих стадиях теряет свое первоначальное значение, поскольку паттерн взаимодействия, необходимый для решения терапевтических задач, уже сформировался.

Пациент получит пользу от психотерапии, если у него будет достаточно веры в психотерапевта. В том случае, если психотерапевт сам испытывает сомнения в эффективности его терапевтической системы, эта неуверенность и зарождающийся пессимизм могут погасить веру пациента.

Эмоциональная безопасность терапевта в ходе создания терапевтических отношений будет зависеть от развития у специалиста следующих навыков.

1. Способность понимать чувства пациента.
2. Способность к эмпатическому слушанию.
3. Способность осознавать свои чувства (конгруэнтность, аутентичность, подлинность).
4. Способность конструктивно выражать эмоции (вербализация).
5. Способность ориентироваться на будущее решение проблемы, видеть шанс.
6. Способность определять ресурсы пациента.
7. Способность предоставлять свободу реагирования пациенту.
8. Способность уделять время пациенту.

✋Многими исследователями психотерапии подчеркивается значимость фактора времени в психотерапевтическом процессе. У каждого человека есть свой темп жизни и соответственно свой темп перемен. Его игнорирование может вызвать повышение тревожности, ощущение не заинтересованности, безнадежности и незащищенности. Эффективная психотерапия подразумевает движение со скоростью пациента, без навязывания ему своего темпа.

9. Способность оставаться терпеливым к проявлениям пациента.

В Приложении 6,7 приводятся методики для диагностики эмоциональной безопасности пациента и психотерапевта.

Наибольшей трудностью как для терапевта, проходящего супервизию, так и для супервизора является **обнаружение контрпереноса**.

Контрперенос включает все (неосознаваемые) чувства и отношения к пациенту, которые возникают у терапевта.

Чаще всего беспокойство психотерапевта вызывает «препятствующий» контрперенос, возникающий при следующих обстоятельствах.

1. Пациент способен сделать нас нечувствительными к важной области исследования. Или, наоборот, он может заставить нас сосредоточиться на том, что является скорее проблемой специалиста, нежели проблемой пациента. Так, психотерапевт-женщина, одновременно являющаяся преподавателем в вузе, вынесла на супервизию случай своей студентки с пограничной личностной организацией, которая оказалась не с традиционной сексуальной ориентацией. В ходе супервизии выяснилось, что наибольшей трудностью для психотерапевта было понять, как можно быть нежной по отношению к другой женщине. В родительской семье психотерапевта мать, руководствуясь лозунгом «никаких телячьих нежностей», никогда не проявляла ласки по отношению к дочери.

2.Некоторые контрпереносные чувства возникают, когда пациент затрагивает область, особенно тревожащую терапевта. Например: психотерапевт собирается разводиться. При рассказе пациента о его счастливом браке первым овладевает зависть.

3. Контр-перенос может побуждать нас использовать пациентов для косвенного самоудовлетворения.

Например, психотерапевт с конфликтами по поводу своего чувства зависимости представляет опасность, поскольку может незаметно подстрекать пациента к преодолению зависимости, темп терапии будет в этом случае не соответствовать темпу пациента.

4. Контр-перенос может привести к выражению тонких намеков, способных во многом влиять на пациента. Если психотерапевт нуждается бессознательно в восхищении, то пациент примет сотню намеков и будет избегать недружелюбных чувств, чтобы не потерять психотерапевта.

5. Контр-перенос может привести нас к вмешательству, противоречащему интересам пациента. Если психотерапевт раздосадован поведением пациента, то может найти способ чтобы обидеть последнего, в то же время искренне считая, что совершает терапевтический прием — конфронтацию.

Другой пример. Если история отношений пациента со своим отцом вызывает в психотерапевте собственный, не нашедший разрешения гнев на своего отца, то специалист подвергается опасности высказать критические и гневные мысли об отце пациента. Враждебная критика членов семьи пациента, пусть даже с чистейшими намерениями, вероятно, не лучший способ в терапии, вызванная контр-переносом, она может оказаться деструктивной.

Тактические ошибки, наиболее часто встречающиеся во время супервизии:

- ограничение свободы выбора пациента в принятии решений (мотивы психотерапевта начать психотерапию с пациентом превышали мотивы последнего);
- нечеткое формулирование запроса со стороны пациента;
- не произошло разделение ответственности между психотерапевтом и пациентом за поставленные задачи;
- пациент неправильно интерпретировал информацию о целях и характере психотерапии;
- психотерапевт не учел готовность семьи и пациента к изменениям; возвращение семьи к прежним стереотипам в области воспитания; не учтена "вторичная выгода" симптома во время психотерапии;
- психотерапия не соответствовала ресурсам пациента (темпу, клинической картине);
- низкая мотивация на изменения (эго-синтонная направленность расстройства), не раскрыто табу на определенные темы при проведении психотерапии.

Тактические ошибки вытекают преимущественно из-за отсутствия у психотерапевта четкой концептуальной базы психосоциогенеза данного расстройства у данного пациента, из неумения планировать работу и прогнозировать ее результаты. В таком случае психотерапевты концентрируют внимание преимущественно на выполнении различных упражнений, упуская из виду чувства, мысли и цели самого пациента. Такая психотерапия не соответствует ресурсам пациента и повышает риск неблагоприятных последствий психотерапии.

Строгое определение целей психотерапевтического воздействия способствует отбору содержания и построению процесса психотерапии, организации психотерапевтической помощи и, наконец, выбору конкретного метода.

Кроме того, к ошибкам и затруднениям могут приводить личностные проблемы самого психотерапевта: тревога и неуверенность, неконтролируемый контрперенос, проективная идентификация, наличие жестких поведенческих стереотипов, низкий эмпатический потенциал, неконгруэнтность, отсутствие эмпатии, жесткая установка на конфронтацию с пациентом или неумение продуктивно спорить, невозможность определения пределов своих возможностей и др.

Вполне понятно, что положительный эффект супервизии зависит от удовлетворения потребности психотерапевта в поддержке наставника и группы, в уважении и обучении. Супервизор должен исходить из позитивного намерения способствовать личностному росту другого, а не удовлетворению своих амбиций. Если каких-то элементов недостает, супервизия может быть «сорвана», а у супервизируемого возникнут негативные переживания.

В психотерапии как ни в одной другой области велика роль профессиональных сообществ. Обсуждение сложных случаев из практики на балинтовских группах, супервизия сеансов психотерапии, поддержка коллег позволяют психотерапевту сохранять здоровье и профессиональное долголетие.

Группа коллег при проведении групповой супервизии действует как поддерживающая система, объединяя профессионалов в своем городе, регионе, и служит инструментом профилактики профессиональной деформации психотерапевта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Браун Дж., Кристенсен Д. Теория и практика семейной психотерапии. — СПб.: Питер, 2001.
2. Джейкоб Д., Дэвид П., Мейер Д. Дж. Супервизорство. Техника и методы корректирующих консультаций: Руководство для преподавателей психодинамической психотерапии и психоанализа. Пер. с английского Ю. М. Донца и В. В. Зеленского. — СПб.: Б.С.К., 1997.
3. Кан М.Между психотерапевтом и пациентом: новые взаимоотношения. Пер. с английского под редакцией В. В. Зеленского и М. В. Ромашкевича. — СПб.: Б.С.К., 1997.
4. Кейсмент П.Обучаясь у пациента / Пер. с англ. — Воронеж: НПО «Модэк», 1995.
5. Кернберг О. Тяжелые личностные расстройства. — М.: Класс, 2000.
6. Кириллов И. О. Супервизия в позитивной психотерапии. Дисс. на соискание ученой степени канд. мед. наук. — СПб., 2002.
7. Коттлер, Браун. Психотерапевтическое консультирование. — СПб.: Питер, 2001.
8. Крайг Г. Психология развития. — СПб.: Питер, 2000.
9. Кулаков С. А. На приеме у психолога — подросток: Пособие для практических психологов. — СПб.: Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена; Изд-во «Союз», 2001.
10. Кулаков С.А.Практикум по супервизии в консультировании и психотерапии.- СПб.: Речь, 2002
11. Кулаков С.А.Основы психосоматики. - СПб.: Речь, 2003
12. Кулаков С. А., Эйдемиллер Э. Г. Супервизия как метод обучения и контроля над учебной деятельностью на цикле «Психология и психотерапия семьи» // Семейная психология и семейная терапия. 2000. № 2. С. 71–81.
13. Люборски Л. Принципы психоаналитической психотерапии: Руководство по поддерживающему экспрессивному лечению/Пер. с англ. – М.:Когито-Центр,2003
14. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: понимание структуры личности в клиническом процессе / Пер. с англ. — М.: Класс, 1998.
15. Международная классификация болезней (10-й пересмотр): Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. — СПб.: Адис, 1994.
16. Михайлов Б.В., Табачников С.И., Витенко И.С., Чугунов В.В. Психотерапия: Учебник для врачей-интернов высших медицинских учебных заведений III-IV уровней аккредитации. Х.: Око, 2002
17. Нельсон-Джоунс Р. Теория и практика консультирования. — СПб.: Питер Ком, 2000.
18. Программа тестовых заданий для сдачи экзамена на сертификат специалиалиста по психотерапии / Под ред. В. А. Ташлыкова. — СПб., 1998.
19. Психотерапевтическая энциклопедия (под редакцией Б. Д. Карвасарского). — СПб.: Питер Ком, 2000
20. Психотерапия / Под ред. Б. Д. Карвасарского.2 изд. — СПб: Питер Ком, 2002.
21. Психотерапия детей и подростков / Пер. с нем. / Под ред. Х. Ремшмидта. — М.: Мир, 2000.
22. Соловейчик М. Я. Супервизия / Мастерство психологического консультирования. Под ред. А. А. Бадхена, А. М. Родиной. — СПб.: Европейский дом, 2002.
23. Уильямс Э. Вы — супервизор… Шестифокусная модель, роли и техники в супервизии \ Пер. с англ. Т. С. Драбкиной. — М.: Класс, 2001.
24. Урсано Р., Зонненберг С., Лазар С. Психодинамическая психотерапия. — М., 1992.
25. Фрейд А. Психология «Я» и защитные механизмы. — М. Педагогика-пресс, 1993.
26. Фридман Дж., Комбс Дж. Конструирование иных реальностей: Истории и рассказы как терапия / Пер. с англ. В. В. Самойлова. — М: Класс, 2001.
27. Ховкинс П., Шохет Р. Супервизия. Индивидуальный, групповой и организационный подходы. — СПб.: Речь, 2002.
28. Холмс П. Внутренний мир снаружи: Теория объектных отношений и психодрама / Пер. с англ. — М.: Класс, 1999.
29. Bernard J. M., Goodyear R. K. Fundamentals of Clinical Supervision. — Boston: Allyn and Bacon, 1997.
30. Powell D. J. et al. Clinical supervision in Alcohol and Drug Abuse Counselling: Principles, Models, Methods. — San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1998.

31. Watkins C.E. Handbook of psychotherapy supervision. — New York: Wiley, 1997.

Приложение 1.

Оценочная форма психотерапевтической компетенции

Перечень умений	*Ум-ение не прояв-ляется*	*Умение прояв-ляется*	*Умение свойственно*	*Умение хорошо развито*	*Не применимо*
ОБЩАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ					
Теоретическая подготовка					
Знание ведущей теории терапевтической школы, в рамках которой происходит супервизия					
Зание теории психологии и психопатологии развития (объектных отношений)					
Зание системной семейной теории					
Активность в повышении уровня знаний					
Читает литературу по специальности					
Посещает профессиональные семинары и мастерские					
Пишет статьи для конференций или журналов					
Границы					
Способность устанавливать и придерживаться определенных рамок в лечении (времени, места, внешних деятельности/отношений, установленного плана; ориентированность на время)					
Способность устанавливать и поддерживать профессиональные отношения					
Способность понимать и предохранять пациента от излишних вмешательств в личное пространство; конфиденциальность					
Способность заключать с пациентом финансовые договора, согласованные с контекстом лечения					
Терапевтический альянс					
Способность устанавливать взаимопонимание					
Способность понимать и развивать терапевтический альянс с пациентом					
Способность распознавать разные формы терапевтических альянсов, включая негативные					

Способность предоставить пациенту возможность активно участвовать в лечении	
Способность распознавать и пытаться исправить затруднения в альянсе	
Способность установить фокусировку на лечении	
Способность обеспечить благоприятную обстановку	
Слушание	
Способность слушать открыто и без суждений	
Способность к содействию пациенту в свободном и открытом разговоре	
Эмоции	
Способность распознавать и специфично описывать аффекты	
Толерантность к прямым проявлениям враждебности, сильных аффектов , сексуальности и других сильных эмоций	
Способность распознавать и описать (супервизору) свои собственные аффективные реакции на пациента	
Способность распознавать и преодолевать неуверенность ученика при обучении психотерапии	
Понимание	
Способность к эмпатии состоянию пациента	
Концептуализация случаев	
Использование супервизии	
Способность устанавливать педагогический альянс с супервизором	
Способность к внедрению в психотерапию материала, после работы с супервизором	
Устойчивость/защиты	
Способность идентифицировать проблемы в сотрудничестве с лечащим врачом	
Способность выявлять защиты в клинических проявлениях	
Способность выявлять затруднения к изменению и	

понимание возможных способов управления ими Техники вмешательств (воздействий) Способность удерживать фокус на лечении, когда это необходимо Способность к конфронтации Способность определять готовность к лечению и обеспечивать его окончание Способность определять готовность пациента к определенным вмешательствам Способность оценивать реакцию пациента на определенные вмешательства НАВЫКИ ДЛЯ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ Способность идентифицировать и эффективно начинать лечение подходящего для психодинамической психотерапии пациента Способность идентифицировать аспекты текущего случая в понятиях теорий драйвов и защиты, интернализированных объектных отношений Способность связывать настоящее с прошлым. Это может продемонстрировать пониманием текущих паттернов мышления, чувств, действий и взаимоотношений пациента в ключе его или ее прошлого личного опыта Способность определять, гибко и должным образом реагировать на разнообразные защиты в клинической картине Способность содействовать выявлению скрытого значения клинического материала (такого как сны, ассоциации, трансферентный материал и т.д.) Способность выявлять перенос и использовать его в терапии Способность распознавать, сдерживать и использовать (в	

целях терапии) контрперенос Способность обеспечивать окончание лечения в контексте психодинамической психотерапии НАВЫКИ ДЛЯ КРАТКОСРОЧНЫХ И КРИЗИСНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ Способность быстро установить терапевтический альянс с пациентом Способность определять травмирующее событие (стрессор) и реакцию пациента на него Способность определять типичные копинг-механизмы пациента Способность помогать пациенту в проявлении эмоций Способность при необходимости нормализовать эмоциональные реакции пациента на события в кризисной обстановке Способность ориентировать терапию на травмирующий кризис Способность предоставлять поддержку пациенту Способность активно слушать пациента с целью лучшего понимания Способность обеспечивать психообразовательный подход к кризису Способность помочь пациенту развить адаптивные копинг-механизмы и выявлять дополнительные источники поддержки Способность устанавливать достижимые терапевтические цели совместно с пациентом Способность быстро собирать коллатеральную информацию, когда это необходимо НАВЫКИ ДЛЯ СОЧЕТАННОЙ ПСИХОФАРМАКОЛОГИИ И ПСИХОТЕРАПИИ Способность интегрировать биологический и психологический аспекты	

истории болезни пациента	
Способность обеспечить психообразовательный подход к психическим заболеваниям и риску/пользе обычно назначаемых психотропных лекарств	
Способность понимать, как эффект медикаментозной терапии может оказать значительное влияние на деятельность пациента; способность научиться определять, какие лекарства нужны для пациента	
Способность использовать эффект плацебо для более эффективного назначения лекарств	
Базовое понимание диагноза и специфической психотерапии и медикаментозной поддержки	
Базовое понимание медико-правовых и психотерапевтических вопросов в контексте, когда один специалист назначает лекарства, а другой — проводит психотерапию: конфиденциальность, информированное согласие и сотрудничество	
Способность использовать в лечебных целях концепцию переноса и контрпереноса при назначении лекарств	
Понимание того, как назначение лекарств может помочь или помешать психотерапии, и как психотерапия может помочь или помешать медикаментозному лечению	
Выявление психологических аспектов несоблюдения терапии	
Навыки для когнитивно-поведенческой психотерапии	
Способность установить когнитивную модель происхождения проблем пациента	
Способность включить пациента в когнитивную модель	

Способность использовать структурную когнитивно-поведенческую модель, включая поправку на настроение, ссылку на предыдущий сеанс, повестку дня сессии, обсуждение домашнего задания, резюме и обратную связь от пациента Способность идентифицировать и выявлять автоматические мысли Способность устанавливать и применять знание когнитивной триады депрессии Способность использовать запись дисфункциональных мыслей как инструмент в лечении Способность использовать активный график как средство терапии Способность идентифицировать общие когнитивные ошибки в мышлении Способность использовать поведенческие техники в качестве лечебного инструмента	
Способность по окончании активной терапии должным образом и совместно с пациентом планировать сеансы поддержки, самопомощи и контрольные сеансы	

Приложение 2. **Положение о супервизоре**

1.Общие положения
1.1 Цель — установить и поддерживать стандарты работы супервизоров, — обеспечить супервизоров схемой для решения этических вопросов и предоставить базу для развития практики членов ассоциации, а также информировать и защищать психотерапевтов, нуждающихся в супервизии.
1.2. Супервизия в психотерапии (СП) является официальным и организуемым в соответствии с взаимной договоренностью мероприятием, в рамках которого консультант регулярно обсуждает свою работу с компетентным специалистом, имеющим опыт консультативной работы и знакомым с процессом супервизии психотерапевтов.
13. СП дает супервизируемым возможность регулярно, обсуждать и анализировать их работу с пациентами. При проведении супервизии должны быть приняты во внимание условия работы супервизируемого. СП должна учитывать потребности пациентов и контролировать эффективность терапевтического вмешательства.
1.4. СП — официальный совместный процесс, цель которого — помочь супервизируемым соответствовать этическим и профессиональным стандартам практики и развить творческий подход к работе.

1.5 СП не является деятельностью, предполагающей эксплуатации одного человека другим. Ее основные ценности — целостность, ответственность, справедливость и уважение. Супервизор всегда должен отвечать за свою работу в одинаковой мере, независимо от того, получает ли он за нее плату или работает на добровольной основе, и независимо от используемой модели (формы) супервизии.

1.6.Содержание сессий супервизии конфиденциально. Супервизор должен определить границы возможной конфиденциальности.

1.7. Как правило, супервизор не раскрывает конфиденциальную информацию, касающуюся супервизируемых, их пациентов или каких-то других людей без предварительного согласия на это всех заинтересованных сторон.

1.8.Супервизор должен предпринять все возможные меры для обеспечения безопасности супервизируемых и их пациентов во время их совместной работы.

Информация о работе с супервизируемым может быть использована для публикации или доклада с разрешения самого супервизируемого и при условии обеспечения его анонимности.

1.9. Прежде чем подписать контракт, супервизор должен узнать, проходил ли его супервизируемый личную терапию, поскольку это факт может оказывать влияние на ход и специфику СП.

1.10.Сроки и условия СП должны быть известны супервизируемым с самого начала. Последующий пересмотр условий должен осуществляться по взаимному заблаговременному соглашению.

2. Обязанности и функции супервизора

2.1.Супервизором может быть практикующий психотерапевт, имеющий опыт практической работы не менее 10 лет. Супервизор должен предпринять все возможные меры для развития своей собственной компетентности и не выходить в работе за рамки этой компетентности. Супервизор должен иметь опыт не только индивидуальной, но и групповой работы, чтобы обеспечить максимально эффективную оценку психотерапевта, занимающегося групповой работой.

2.2.Супервизор должен информировать супервизируемого о своей квалификации, философской и теоретической позиции, прохождение супервизии самим супервизором, а также об используемых им методах супервизии.

2.3. Супервизор должен тщательно отслеживать любые предрассудки и предубеждения, которые влияют на работу супервизируемого с пациентом, и обращать на них внимание супервизируемого; это является необходимым условием удовлетворения потребностей пациента. Одна из целей СП — помочь супервизируемым понять, что терапевтические отношения существуют в культурном контексте. Вероятно, они окажутся более эффективными, если будут построены на уважении ценностей, ожиданий и потребностей пациентов, с учетом культурного контекста, включая национальный, социально-экономический, религиозный, гендерный и другие факторы.

2.4. Супервизор несет ответственность за то, чтобы его контракт с супервизируемыми позволял им с максимальной пользой использовать время. Бессмысленные и пустые разговоры, которые является частью личных отношений, неприемлемы в супервизии, где время считается ценным товаром.

2.5. Супервизор несет совместную ответственность с супервизируемыми за то, чтобы процесс супервизии служил максимальному удовлетворению потребностей пациентов.

2.6. Супервизор несет ответственность за определение и соблюдение границ отношений в рамках супервизии и иных профессиональных отношений (в рамках управления, обучения и т.д.).

2.7. Супервизор и супервизируемый должны предпринять все возможные меры по обеспечению того, чтобы любые личностные или социальные контакты между ними не повлияли на эффективность СП.

2.8. Супервизор в период проведения супервизии не может быть данному супервизируемому еще и личным психотерапевтом.

2.9. Супервизор не может эксплуатировать супервизируемых в финансовом, сексуальном, эмоциональном или каком-либо ином плане. Вступление супервизора в сексуальные отношения с супервизируемым рассматривается как поступок, противоречащий этическим нормам.

2.10. Супервизор должен отслеживать факт наличия между супервизируемыми и их пациентами каких-либо отношений помимо терапевтических отношений, поскольку такие отношения могут нарушить объективность и непредвзятость суждений супервизора.

2.11. Супервизор должен признавать и уважать своих супервизируемых и их пациентов независимо от их происхождения, статуса, расы, пола, возраста, убеждений, сексуальной ориентации и физического состояния. Супервизор должен исключить возможность любых актов дискриминации как между супервизируемыми и их пациентами, так и между супервизорами и супервизируемыми.

2.11. Супервизор и супервизируемый должны осознавать свои взаимные обязательства по отношению друг к другу и к организации, в которой они работают или проходят обучение.

2.12.. Супервизор должен предпринять определенные меры в том случае, если ему стало известно о нарушении его супервизируемыми Кодекса этики и практики ассоциации.

2.13. Если супервизируемые не могут должным образом исполнять свою работу вследствие каких-либо личностных или эмоциональных проблем, болезни, злоупотребления алкоголем или наркотическими препаратами, или же вследствие каких-либо иных причин, супервизор несет ответственность за то, чтобы помочь супервизируемым осознать этот факт и предпринять необходимые шаги по его устранению.

2.14. Супервизор несет ответственность за то, чтобы его эмоции и потребности были реализованы за пределами супервизии и не зависели исключительно от его взаимоотношений с супервизируемыми.

2.15. Супервизор должен проконсультироваться со своим собственным супервизором, прежде чем начать работу со своими бывшими пациентами в качестве супервизируемых или со своими бывшими супервизируемыми в качестве пациентов.

2.16. Супервизор должен временно или окончательно прекратить проведение супервизии в том случае, если ее эффективность снижена вследствие каких-либо личностных или эмоциональных проблем, болезни, злоупотребления алкоголем или наркотическими препаратами, или по какой-либо иной причине.

2.17. Супервизор, работающий с повышающими квалификацию психотерапевтами, должен прояснить границы своей ответственности за супервизируемого в рамках обучающего курса и проводящей его организации, а также определить формальную систему оценки.

2.18. После заключения исходного контракта в число людей, с которыми супервизор может обсуждать работу своего супервизируемого, входят те, к кому он сам обращается за поддержкой, супервизией или консультацией. На этой стадии также необходимо прояснить границы конфиденциальности с учетом границ ответственности терапевта. Это особенно важно в том случае, когда супервизируемым является психотерапевт-практикант.

2.19 Супервизор должен предпринимать все возможные меры для того, чтобы побудить супервизируемых представлять свою работу таким образом, чтобы защитить личностную идентичность пациентов или же получить их согласие на раскрытие супервизору конфиденциальной информации.

2.20. Если супервизор считает необходимым проконсультироваться относительно случая супервизии с коллегами, он должен быть уверен в том, что такое обсуждение целесообразно.

2.21. Супервизор должен стимулировать желание супервизируемого вступить или поддержать членство в ассоциации или организации, имеющей кодекс этики и практики и осуществляющей процедуру рекламации. Это дает дополнительные гарантии супервизору, супервизируемому и пациенту в случае подачи рекламации.

2.2.2. Если в ходе СП выясняется, что супервизируемому для обеспечения возможности дальнейшей эффективной психотерапевтической деятельности целесообразно пройти личную психотерапию, супервизор должен обсудить этот вопрос с супервизируемым.

2.23. Супервизор должен контролировать, проводит ли супервизируемый регулярную самооценку (саморефлексию) своей работы.

2.24.. Супервизор должен удостовериться в том, что супервизируемые осознают различие между супервизией, административной проверкой, психотерапией, консультированием и обучением.

2.24. Не рекомендуется, чтобы один и тот же человек был для супервизируемого одновременно административным и консультирующим супервизором. В тех случаях, когда разделение функций невозможно, супервизируемому необходимо обеспечить доступ к независимому супервизору.

2.25. Супервизор, чьи обязательства перед супервизируемым вступили в противоречие с обязательствами перед организацией, должен объяснить супервизируемому сущность этих обязательств.

2.26. Если работа супервизируемого с пациентом вызывает у супервизора определенные опасения, он должен решить, как исправить ситуацию, если обсуждение случая в ходе сессии не приводит к желаемому результату.

2.27. Когда противоречия не могут быть разрешены в ходе обсуждения случая между супервизором и супервизируемым, супервизор должен проконсультироваться с более опытным коллегой и, при необходимости, рекомендовать супервизируемому обратиться к другому супервизору.

Приложение 3.

Примерный перечень вопросов, обсуждаемых на супервизии.

1. Общие сведения о пациенте: возраст, профессия, семейное положение, религия, характеристика микросоциального окружения.

2. Симптомы, их значение, содержание, история, метафоры.
Жалобы. Предъявленные жалобы начинаются с описания имеющихся жалоб словами инициатора обращения или того, кто первым вступил в контакт. Предъявленная жалоба — это платформа, на которой базируется дальнейшая оценка.
4.Опыт общения семьи со специалистами помогающих профессий:

- общение семьи/пациента со специалистами в настоящее время;
- прошлый опыт обращения за психологической помощью;
- влияние прошлого опыта на точку зрения профессионалов.

5.Анамнез заболевания. Время возникновения симптомов. Связь с особенностями жизни и деятельности, с другими заболеваниями и факторами жизни (в т. ч. психогенными). Наличие «светлых промежутков» (без симптомов), с чем, по мнению пациента, они связаны. Что изменилось в лучшую сторону в жизни пациента и его семьи с появлением симптомов, что — в худшую.

6. Условия оказания помощи:

- амбулаторное или стационарное лечение (например, при угрозе суицида, психической неустойчивости, неэффективности амбулаторной терапии), консультации по телефону, выезд на дом, консультации вне официального времени, ночью, в выходные, прерывание отпуска, экстренные случаи.
- индивидуальная, супружеская, семейная или групповая психотерапия, интеграция моделей, один или несколько психотерапевтов.

7. Контекст направления

- Кто дал пациенту направление на терапию?
- Кто порекомендовал или заставил пациента обратиться к психотерапевту?
- Почему пациента направили именно к супервизируемому терапевту?
- Связывают ли психотерапевта с пациентом или его микросоциальным окружением какие-либо еще отношения, кроме терапевтических?

8.Ожидания пациента

- Что надеется получить от психотерапии пациент?
- Как он выразил свои пожелания по психотерапии?
- Что указывает на его скрытые желания в этом отношении?
- Реальны ли желания пациента?
- Почему пациент пришел именно к супервизируемому?
- Почему пациент именно сейчас хочет воспользоваться психотерапией?
- Имеется ли несколько противоречащих друг другу задач (ожиданий)?

9. Ожидания психотерапевта

- Считает ли психотерапевт себя компетентным (ой) предоставить пациенту то, чего ожидает последний?
- Готов ли психотерапевт исполнить это?

- Есть ли у психотерапевта собственная цель в психотерапии (явная, неявная), от которой пациент уклоняется?

10. Цель психотерапии (контракт)

- Определялись ли вместе с пациентом цели психотерапии?
- Каковы установленные цели?
- Имеются ли у психотерапевта гипотезы происхождения проблем у пациента?
- Как определяется продвижение к установленным целям психотерапии? Кто за это отвечает?
- Разъяснялся ли пациенту вопрос о границах "возможного" в психотерапии?
- Каков терапевтический прогноз?
- Какова предварительная оценка длительности общего лечения?
- Какова длительность и частота психотерапевтических встреч?
- Каков гонорар, кто будет покрывать расходы, оплата пропущенных встреч?
- Сошлись ли вы с пациентом на конкретных условиях?
- Способен ли пациент, исходя из сложности его заболевания и характера, придерживаться оговоренных Вами правил?

11. Терапевтические отношения (перенос-контрперенос).
12. Является ли избранный метод наилучшим при существующем диагнозе, структуре пациента и целях терапии?
13. Почему супервизируемый представляет именно этого пациента?

Приложение 4. **ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ**

Понятие психотерапии более всего относится к интервенции при нарушении паттернов функционирования (синдромах) и межличностных систем и менее к вмешательствам при нарушении психических функций. В последнем случае более применимо понятие лечения (например, лечение расстройств научения), а также понятие «тренинг функций» (например, тренинг памяти); тому и другому понятию между тем свойственен и (психо-)терапевтический аспект.

В отличие от психических расстройств, которыми занимается «большая психиатрия» при «пограничной патологии» вряд ли будут наблюдаться расстройства мышления, интеллектуальной сферы или другие выраженные психопатологические отклонения. Если такие проявления имеют место, и исследователь испытывает затруднения при их верификации, то следует использовать такой диагностический инструментарий как структурное интервью Кернберга, провести тщательное психопатологическое исследование или обратиться за консультацией к психиатру

Для психотерапевтического диагноза характерна функциональная направленность. Семиотикой психотерапевтического диагноза являются психология и психопатология развития, психопатологическая синдромология, мультимодальность как основной принцип функционального (многоосевого) диагноза, клиническая психотерапевтическая феноменология.

Основные логико-тактические положения психотерапевтической диагностики таковы.

1.Психологической основой психотерапии служит психология и психопатология развития. Теория объектных отношений служит психологической основой психотерапии.

Немногие психические расстройства или нарушения возникают внезапно, по крайней мере, без определенных ранних признаков или очевидных связей с более ранними проблемами развития. Непрерывность предполагает, что изменения в развитии носит постепенный и количественный характер, так что будущие паттерны поведения могут быть предсказаны на основании предыдущих жалоб или симптомов. Напротив, дискретность подразумевает, что изменения в развитии носят резкий и качественный характер, а предшествующие паттерны плохо предсказывают последующее поведение. Возьмем в качестве примера дошкольника, который проявляет агрессию по отношению к сверстникам. Каким, на ваш взгляд, ребенок будет через 10 лет? Согласно теории непрерывности, велика вероятность, что в юности и зрелости он продемонстрирует асоциальное или делинквентное поведение. То есть паттерн проблемного поведения (в данном случае физическая агрессия) окажется непрерывным, сохраняясь в разные периоды развития, но, изменяясь по форме и интенсивности (вербальная агрессия

по отношению к сверстнику может превратиться в удары кулаком или предметом). Важно отметить, что непрерывность относится к сохранению во времени паттернов поведения, а не специфических симптомов.

Изучение нормального детского развития помогает нам глубже понять на теоретическом уровне природу психопатологии развития, и наоборот. Кроме того, простые линейные причинно-следственные отношения редко встречаются в данной области. Основной принцип психопатологии развития гласит, что для адекватного понимания неадаптивного поведения необходимо рассматривать его по отношению к тому, что является нормой для соответствующего периода развития. При этом используются данные разных научных дисциплин, таких как психология, психиатрия, социология и нейробиология, которые интегрируются в рамках общих положений психопатологии развития.

Процесс формирования личности и ее защитных механизмов зависит от взаимодействия индивида с его социальным окружением, которое на ранних этапах развития представлено родительскими фигурами. Теория объектных отношений — это психология разума, развитая последователями Фрейда: Кляйн, Фейрберн, Винникот, Кернберг.

✋Объекты — это люди, с которыми человек вступает в отношения во внешнем мире, а также внутренние психические представления (внутренние объекты), которые создаются человеческим разумом на основе этих отношений.

✋Теория Кернберга хорошо соотносится с эриксоновскими стадиями детского развития и ролевого развития Морено и представляет ориентир для психотерапевта. Так, например, если у пациента имеется чувство вины, это указывает, что проблема возникла в 3-5 лет, период инициативы/вины. Даже если пациент точно не укажет возраст, все равно психотерапевт ищет корни проблемы, возникшей примерно в этот период.

Ранние модели взаимоотношений оказывают огромное влияние на формирование взрослых связей, независимо от дальнейших событий. По мнению теоретиков данного направления, личность формируется из стойких моделей отношений к другим (в этом ее сходство с теорией отношений Мясищева). Приверженцы объектных отношений частично отвергают фрейдовскую метапсихологию, то есть его концепцию Ид, Эго, Суперэго и идею о том, что личность является энергорегулирующей установкой. Теория объектных отношений сфокусирована на развитии отдельной, дифференцированной, интегрированной и цельной личности. Полноценный процесс взросления, нарушения и восстановления целостности как Эго, так и личного «Я» зависит от отношения Эго с объектами, первоначально в младенчестве и впоследствии от бессознательных взаимодействий с объектными отношениями реальной жизни.

✋ Развитие теории объектных отношений (Кернберг, МакВильямс) в клинической практике способствовало пониманию, что каждого человека можно описать как имеющего определенный уровень развития личности (психотический, пограничный, невротический) и тип организации характера (истерический, параноидный, депрессивный и так далее). Это будет означать, что данному человеку свойствен и определенный паттерн импульсов, тревог, защитных механизмов и объектных отношений, который в травмирующей ситуации, превосходящей адаптационные возможности индивида, может обусловить декомпенсацию в виде соответствующего расстройства.

Для того чтобы исследователю было легче понять особенности каждого уровня нарушения, в таблице в краткой форме представлены их характеристики.

Характеристики уровней нарушения

Характеристики	Уровни нарушений по Кернбергу		
	Психотический уровень Симбиоз Оральный по Фрейду	Пограничный уровень Сепарация-индивидуация Анальный по Фрейду	Уровень от невроза до здоровья Интеграция идентичности и константность объекта Эдипов по Фрейду
Центральная проблема	Безопасность	Автономия	Идентичность
Характер тревоги	Тревога уничтожения	Тревога сепарации	Тревога наказания и потери контроля
Конфликт развития	Оральный: симбиотический	Анальный: сепарация — индивидуация	Эдипов конфликт
Тип конфликта по Эриксону	Базовое доверие или недоверие	Автономия или стыд и неуверенность	Инициативность или вина
Объектные отношения	Монадические	Диадные	Триадные
Чувство Я	Затопленное	Сражающееся	Ответственное

Придерживаясь интерперсональных теорий возникновения психических расстройств, мы проводим тщательный анализ значимых, нарушенных отношений (объектных отношений) пациента, а также кропотливое изучение аффектов. В диагностических целях следует прояснить следующие вопросы, касающиеся объектных отношений и связующих их аффектов.

- Можно ли на основе рассказа определить ведущую тему конфликта отношений? (особо значимые отношения по Мясищеву)
- Можно ли раскрыть ведущий аффект при помощи анализа центральной темы конфликтных отношений (CCRT)?

> ✋Выявление особо значимой для пациента конфликтной темы и проработка ее в процессе психотерапии позволяет сократить время лечения

2. Психотерапевтический диагноз базируется на клинико-психопатологическом подходе.

> ✋ Большинство оценочных форм в медицинских учреждениях требует постановки диагноза, основанного на МКБ-10. Это самая большая классификационная система «психических и поведенческих расстройств», используемая во многих странах. Многие психотерапевты находят МКБ-10 ограниченным для использования при анализе проблем детей, семей и планировании психотерапии. Тем не менее, диагноз дисциплинирует мышление специалиста, предохраняет от ошибок назначения неадекватных методов психотерапии.

Главное положение клинико-психологической диагностики — это принцип мультимодальности. Этот принцип принят в самых разных диагностических концепциях. Мультимодальность означает, что

вместо унивариантного подхода выбирается мультивариантный, при котором соответственно варьируют отдельные категории.

☝ Под мультимодальной, или многометодной диагностикой подразумевают умение интегрировать информацию, полученную разными методами, при этом диагност располагает определенными фундаментальными познаниями в диагностике, близко знаком с отдельными методами и умеет интегрировать данные диагностики и использовать их для терапии.

Следующие плоскости служат для анализа информации, полученной у пациента:

- биологическая/соматическая плоскость: она часто подразделяется на биохимическую, нейрофизиологическую, психофизиологическую плоскости; на первом плане стоят соматические процессы, которые можно зафиксировать физическими или химическими способами;
- психическая/психологическая плоскость: акцент на индивидуальном переживании и поведении (включая деятельность);
- социальная плоскость: акцент на межличностных системах (социальные условия, семейная ситуация);
- экологическая плоскость: включает условия проживания, материальные условия, качество жизни.

Исследование и практика могут проводиться в разных плоскостях. Наличие таких понятий, как нейропсихология, психоиммунология, психосоматика и т. д. говорит о том, что отдельные плоскости не представляют собой закрытые системы, но связаны друг с другом. Абсолютизация какой-то одной плоскости не может дать полной картины при рассмотрении человека; кроме того, целью исследования не может быть объединение высказываний, относящихся к различным плоскостям, в одной-единственной плоскости данных.

В предоставленном в Приложении диагностическом алгоритме суммированы наиболее важные вопросы, обсуждаемые во время диагностической фазы лечения пациентов, обратившихся за помощью к психотерапевту.

☝ Все приверженцы мультимодального подхода ориентированы на теорию систем: улучшение функционирования на одном уровне приводит к позитивным изменениям на другом. Изолированное использование семейной, когнитивной, телесно-ориентированной психотерапии направлено на один уровень, тогда как в случае интеграции методов идет поиск максимального воздействия на все уровни.

3. В процессе психотерапевтической диагностики проводится идентификация личности пациента. Клинико-психологический портрет пациента составляется по следующей схеме.

I. Физическое состояние: рост, вес, физические особенности. Соматический статус, включая оценку полового развития. Соответствие физического развития возрасту: ретардация, акселерация.

II. Оценка влечений (либидонозных и агрессивных) включая психосексуальное фазовое развитие, количество и распределение агрессивности. Мотивы поведения. Надо исследовать мотивы поведения особенно в сексуальной сфере и сфере агрессии. Обратить внимание на иерархию мотивационно-потребностной сферы, выяснить блокировку основных потребностей, определить временную перспективу

III.Оценка эго.

- Изучение общей картины проблем (симптомов) пациента, его отношения к ним (эгодистонное, эгосинтонное расстройство). Стало стандартной психиатрической практикой оценивать степень «понимания болезни» пациентом — для того, чтобы провести различие между «психотиками» и «непсихотиками».
- Качество объектных отношений – степень способности поддерживать отношения. Оценка общего функционирования Эго в свете предшествующих вопросов по отношению к возрасту и стадии развития.

- Отношения с реальностью – способность к адаптации. Характеристика степени личностной зрелости. Самооценка (адекватная, низкая, завышенная). Временнáя перспектива (жизненные планы).
- Природа процессов мышления – соотношение абстрактного и конкретного, использование фантазии.
- Регуляция и контроль влечений – развитие способности испытывать влечения, функция Суперэго; оценка степени возбуждаемости, переносимость фрустрации и объем внимания. Способность к адаптации, устойчивость к стрессу. Копинг-механизмы (механизмы совладания с трудностями и со стрессом). Защитные системы. Использование зрелых защит (рационализация), незрелых защит (проективная идентификация). Наличие защиты можно изучать по наличию или отсутствию фобий, обсессивно-компульсивного поведения (невротические механизмы защиты — бессознательные способы редукции эмоционального напряжения). «Условная приятность» (вторичная выгода) симптомов.

☝Первичная выгода — согласно психодинамической теории, выгода, состоящая в том, что истерические симптомы не допускают внутренний конфликт до сознания.

Вторичная выгода — согласно психодинамической теории, выгода, состоящая в том, что истерические симптомы дают человеку чувствовать доброе отношение со стороны других или избежать неприятной деятельности.

- Автономные функции: умственные способности, память (оперативная и долговременная, сниженная или расстроенная); двигательная функция (координация и использование мимики и жестов), способность восприятия (органические и психические расстройства) и речь. Оценка интеллекта. Запас общих сведений и представлений об окружающем мире. Суждения и критика. Синтетическая функция – оценка способности интегрировать и упорядочивать опыт. Ценностно-смысловые установки.

IV.Оценка Суперэго.

В общих чертах определить природу и степень чувства вины относительно боязни внешних авторитетов.

V. Понимание пациентом своих симптомов, их значение. Объяснения (понимание) родственников причин психического расстройства.

VI. Ресурсы и положительные особенности пациента. Личностные ресурсы, семейные особенности, опыт и знания, предохраняющие от факторов риска и способствующие быстрому восстановлению душевных сил, ситуации и промежутки времени, когда не наблюдалось симптомов.

VII. Улучшение, отмеченное после первого контакта.

4. Подчеркиваются наиболее важных проблем, которые могли бы послужить ключом к психотерапевтическому воздействию.

☝Потребность в любом виде лечения и отсутствие рецидивов в дальнейшем будет зависеть от системной оценки проблем в различных областях: в семье, в школе, в межличностном общении, в индивидуальном психологическом функционировании, в мотивации на лечение.

5. Психотерапевт получает информации о мотивации пациента к работе с психотерапевтом.

Повысить мотивацию пациента на изменение может неподдельный интерес к его личности, приведение примеров из других консультируемых случаев. Дополнительным баллом в создании мотивации служит обсуждение с ним данных психологического тестирования.

6. Специалист следует принципам нозологической конгруэнтности и критериям выбора психотерапевтических методов (методик). Диагностика неразрывно связана с терапией.

✋Под нозологической конгруэнтностью понимается соответствие этиологических и патогенетических особенностей психического расстройства и саногенетических возможностей психотерапевтического метода.

Проведение функционального клинико – психологического (многоосевого) диагноза, диагностика уровня развития личности определяет объем дальнейших психотерапевтических и реабилитационных мероприятий.

✋Психотерапия может быть как терапией с открытыми сроками (ОС), так и ограниченной во времени (ОВ). Название «терапия с открытыми сроками» используется чаще, чем неограниченная по времени психотерапия», так оно в большей степени отражает временные аспекты психотерапии. Термин «терапия с открытыми сроками» означает, что окончание процесса терапии определяется участниками по ходу процесса лечения, в то время как термин «неограниченная» предполагает, что аспект времени вообще не рассматривается и ограничений не существует. ОВ обычно продолжается от 3 до 25 сессий, ОС – от нескольких месяцев до нескольких лет.

✋Традиционной ошибкой служит назначение ограниченной во времени (краткосрочной) психотерапии пациентам пограничного уровня.

Для лечения пограничных пациентов очень важна комбинированная психотерапия в виде последовательного назначения индивидуальной, групповой и семейной психотерапии. Формирование адекватного фармакологического фона принимается индивидуально или по согласованию с психиатром

Наблюдение за реакциями переноса и контр-переноса в индивидуальной психотерапии помогает уточнить психотерапевтический диагноз.

5.При выборе методов идет ориентация на психотерапевтическую феноменологию (ПФ). ПФ – это реально существующие, объективные физиолого-клинические явления. Между феноменом (например, внушаемость) и концептом (например, аутентичность) может лежать ряд промежуточных форм, в частности, феномен-концепт или концепт-феномен (от концепта переноса к феномену переноса). Б.В.Михайлов (1998); Чугунов, В.В. (2002) разделяют психотерапевтические феномены на следующие классы.

I.Феномены [«со стороны] пациента»

1. Инструментальные (гипнабельность, подкрепление).

2. Саногенные (внушаемость, убеждаемость). К саногенным феномен-концептам прежде всего следует отнести осознание и катарсис.

3. Дефензивные (копинг-механизмы и механизмы психологической защиты)

4.Вспомогательные (трансовые феномены, сопротивление)

5.Артефакты (явления, ошибочно идентифицированные как психотерапевтические феномены).

II. Феномены [«со стороны] психотерапевта» (эмпатия, интуиция)

III.Трансперсональные феномены (перенос, контр-перенос)

✋Перенос – психоаналитический концепт-феномен, означающий свойство (личности) проецировать ранние детские отношения и желания на другое лицо (психоаналитика)

IV. Групповые феномены (групповая динамика)

V.Конформные (индукционные) феномены («эмоциональное заражение» в период группового потребления анаши)

VI. Диагностика клинических эффект - синдромов является составной части психотерапевтического диагноза.

☝ Клинический эффект-синдром представляет собой комплекс клинических, психологических, поведенческих и прочих проявлений, возникающих в результате реализации того или иного метода (методики, техники) психотерапии.

Каждый метод психотерапии связан с каким-либо саногенным феноменом. Эти ассоциативные пары (методика психотерапии - ассоциированный саногенный феномен) таковы:

- суггестивная психотерапия – суггестия;
- рациональная психотерапия – убеждение;
- психоанализ – катарсис;
- бихевиоральная психотерапия – подкрепление;
- «эриксоновский гипноз» - гипнтический транс;
- нейролингвистическое программирование – эйдетизм;
- гештальт-терапия – гештальт-инсайт;
- групповая психотерапия – групповая динамика;
- трансактный анализ – скрипт - инсайт;
- моделирование поведения – научение;
- экзистенциальная психотерапия – аутентичность;
- психодинамическая психотерапия – осознавание.

Названные феномены являются внешними индикаторами сложнейших внутренних процессов.

7. Непрерывно оцениваются изменения симптоматики и поведения пациента в динамике. Эффект-синдромы, достигаемые в процессе курсовой психотерапии, могут претерпевать клинический (пато)кинез, сопровождающийся изменением выраженности саногенного эффекта, в силу чего возможные изменения следует тщательно отслеживать, и при их появлении (трансформация эффект-синдрома) стремиться к замене техники/методики психотерапии.

8. Формирование (подбор) адекватного фармакологического (фармакотерапевтического) фона.

Заключительный психотерапевтический диагноз. Содержит информацию, отражающую биопсихосоциальные причины происхождения проблемы или расстройства. Заключение должно отражать функциональный (многоосевой) диагноз, необходимость проведения дифференциального диагноза, в случае проведения психодиагностического исследования — необходимость изучения конкретных психических функций, например, мышления. Кроме того, при выборе методов и методик психотерапии необходим учет психотерапевтических целей.

Психотерапевтический диагноз также должен включать в себя прогноз и, кроме того, обеспечивать возможность использования данных параклинических методов исследования.

Уже во время первого интервью можно думать о сомнительном прогнозе или возможном рецидиве в том случае, когда у обратившегося за психотерапевтической помощью пациента имело место выраженное сочетание биологических (например, резидуально-органическое поражение ЦНС), психологических (высокая степень неуверенности в себе, снижение показателей копинг-поведения, искаженный образ «Я») и социальных (девиации семейного воспитания, длительный супружеский конфликт, нарушения границ между подсистемами) факторов. Низкая мотивация пациента и семьи к изменениям — также плохой прогностический фактор.

Планирование терапии подразумевает использование полученной в ходе обследования информации для составления плана терапии и оценки его эффективности.

Приложение 5. **Интервью по генограмме**

Сбор информации о семейной истории обычно проходит в контексте общего семейного интервью, и терапевт не может игнорировать проблему, с которой пришла семья. Поэтому конструирование генограммы должно быть частью более широкой задачи присоединения и помощи семье. Проводя интервью, терапевт двигается от представленной проблемы к более широкому семейному и социальному контексту; от настоящей семейной ситуации к исторической хронологии семейных событий; от легких

вопросов к трудным, провоцирующим тревогу; от очевидных фактов к суждениях о взаимоотношениях и далее, к циркулярным гипотезам о семейном функционировании. Когда семья приходит с проблемой, она часто имеет собственную точку зрения на ее природу. Как правило, это ригидный, несистемный взгляд, основанный на вере, что только один человек, носитель симптомов нуждается в изменении. Любые попытки двигаться непосредственно в другие проблемные зоны семьи часто будут блокироваться яростным их отрицанием. Вопросы по генограмме позволяют проникнуть в сердце семейного опыта (рождения, смерти, болезни и интенсивности взаимоотношений) относительно безопасным для семьи способом и разблокировать важные темы. Сбор информации касается следующих областей.

Состав семьи

Демографическая информация о семье (имена, пол, возраст, стаж брака, род занятий и образование членов семьи)

Настоящее состояние проблемы

История развития проблемы

Анализ жизненного цикла семьи и линии времени (рождения, смерти, браки, разводы, переезды, проблемы с работой, болезни членов семьи и т.д.)

Реакции семьи на важные события семейной истории

Родительские семьи каждого из супругов. Целью является сбор информации, по крайней мере, о 3-4 поколениях, включая поколение идентифицированного пациента. Важной информацией является сведения о приемных детях, выкидышах, абортах, рано умерших детях.

Другие значимые для семьи люди (друзья, коллеги по работе, учителя, врачи и т.д.)

Семейные взаимоотношения (Есть ли в семье какие-либо ее члены, которые прервали взаимоотношения друг с другом? Есть ли кто-нибудь, кто находится в серьезном конфликте? Какие члены семьи очень близки друг к другу? Кому в семье этот человек доверяет больше всего? Все супружеские пары имеют некоторые трудности и иногда конфликтуют. По каким темам вы конфликтуете?) Иногда полезно спрашивать, как присутствующие на встрече люди были бы охарактеризованы другими членами семьи. Задавая циркулярные вопросы, терапевт и члены семьи могут обнаружить различия во взаимоотношениях с разными членами семьи и ввести новую информацию.

Семейные роли

О трудных для семьи темах (Имеет ли кто-нибудь из членов вашей семьи серьезные медицинские или психиатрические проблемы? Проблемы с физическим или сексуальным насилием? Употребляют ли наркотики? Много алкоголя? Когда-либо арестовывались? За что? Каков их статус сейчас?)

Приложение 6.

Опросник «Эмоциональная безопасность психотерапевта»

Уважаемый коллега, с помощью этого опросника мы хотим выяснить, как влияет практика позитивной концепции человека на отношение к себе, своей профессии и к тем, кто обращается к нам за помощью.

На некоторые вопросы Вам предлагается коротко ответить самим. Далее следуют высказывания, которые Вам предлагается оценить. При этом Вы должны выбрать один из четырёх возможных ответов:

Да	скорее Да, чем Нет	скорее Нет, чем Да	Нет
O	O	O	O

Этот опросник анонимен. Спасибо за искренность, сотрудничество и что Вы нашли время ответить на предложенные вопросы.

Социально-демографические данные

1. Возраст: ....
2. Пол: мужской; женский
3. Образование: медицинское; психологическое; педагогическое; другое
4. Профессия:..
5. Семейное положение: не замужем\холост; замужем \женат (который по счёту брак ….); живу с постоянным партнёром; разведён(а); вдова (вдовец).

Ваше психотерапевтическое образование и практика

6. Сколько времени Вы работаете в качестве психотерапевта?.................
7. Основной психотерапевтический метод, которым вы пользуетесь...
8. Сколько длилось Ваше образование по этому методу? ………..............
9. Как долго вы работаете этим методом? ....……………………………..
10. Сколько часов супервизии (интервизии) Вы прошли?………………......
11. Какие причины привели Вас на супервизию……………………………
12. Какова средняя продолжительность проводимого Вами лечения? месяцев……..............................сессий ....

Ваш опыт лечения психотерапией

13. Я считаю, что мои чувства не должны быть понятны пациенту O O O O
14. Я уверен, что психотерапия может помочь каждому пациенту O O O O
15. Я не могу прервать рассказ пациента, даже если того, что он сказал уже было достаточно O O O O
16. Мои пациенты бывают смущены O O O O
17. Я убежден, что существуют пациенты, которым не сможет помочь ни один психотерапевт O O O O
18. Я уделяю пациентам времени больше, чем мне бы хотелось O O O O
19. У меня бывают пациенты, при неявке которых на сеанс, я испытываю облегчение O O O O
20. Я никогда не показываю пациенту, что смущен или напуган ходом терапии O O O O
21. Я могу принимать пациента, даже если у него дурно пахнет изо рта O O O O
22. Я могу внимательно слушать пациента, даже если я не согласен с тем, что он говорит O O O O
23. Я не допускаю долгих пауз в ходе психотерапевтических бесед O O O O
24. Я спокойно отношусь к тому, что пациенты на сеансах плачут O O O O
25. Я не поощряю высказываний пациентом своих чувств по отношению ко мне или ходу терапии O O O O
26. Я стараюсь поддержать и воодушевить пациента O O O O
27. У меня есть пациенты, которые не способны к позитивному изменению O O O O
28. Я обсуждаю тему актуальную для пациента, несмотря на то, что считаю важным обсуждение другой O O O O
29. Я всегда делюсь с пациентом своими чувствами, даже если понимаю, что он не готов их принять O O O O
30. У меня есть пациенты, которым ничто не сможет помочь O O O O

31. Мои пациенты испытывают эротические чувства ко мне в ходе психотерапии О О О О
32. Я одинаково хорошо себя чувствую в присутствии любого пациента О О О О
33. Я знаю, когда пациент вызывает у меня эротические чувства О О О О
34. Я даю пациенту возможность высказаться, даже если мне понятен смысл его высказывания О О О О
35. Я могу принимать пациента, даже если он задерживает оплату О О О О
36. Я убежден, что каждый мой пациент добр по своей природе О О О О
37. Я даю пациенту полную свободу в его поведении О О О О
38. Иногда чувства пациента меня раздражают О О О О
39. Я никогда не пропускаю времени окончания сеанса О О О О
40. Если я не верю пациенту, я сразу прерываю его О О О О
41. Я спокойно принимаю отказ пациента обсуждать проблему О О О О
42. Я могу завершить скучный сеанс раньше определенного времени О О О О
43. Я убежден, что в каждом пациенте есть способности для решения любой его проблемы О О О О
44. Мне трудно передать словами свои чувства О О О О
45. Мне не хватает времени, отведенного на сеанс О О О О
46. У меня есть пациенты, чье поведение меня раздражает О О О О
47. Я настаиваю на обсуждении проблемы, даже если пациент просит отложить обсуждение этой темы О О О О
48. Если терапевтическая ситуация кажется безнадежной, я уверен, что можно найти выход О О О О

Спасибо за Ваше сотрудничество и
что Вы нашли время заполнить этот опросник.

Приложение 7

Опросник «Эмоциональная безопасность пациента»

Уважаемый друг, с помощью этого опросника мы хотим получить информацию о том, как Вы воспринимаете (воспринимали) отношения со своим психотерапевтом, и как они повлияли на Ваше отношение к себе и окружающим.

На некоторые вопросы Вам следует коротко ответить самим. Далее идут высказывания, которые Вам предлагается оценить. При этом Вы должны выбрать один из четырёх возможных ответов:

Да	скорее Да, чем Нет	скорее Нет, чем Да	Нет
О	О	О	О

Этот вопросник анонимен. Спасибо за Вашу искренность, сотрудничество и что Вы нашли время ответить на предложенные вопросы.

Социально-демографические данные

1. **Возраст**: ....
2. **Пол**: **мужской**; **женский**
3. **Образование**: **среднее**; **средне-специальное**; **высшее**; **другое**...................
4. Профессия: …………………………………………………...................
5. Семейное положение: не замужем \холост; замужем \женат который по счёту брак ….); живу с постоянным партнёром; разведён(а); вдова (вдовец)

Ваш опыт лечения психотерапией

6. Каким методом проводилось лечение? ....
....
7. В течение какого времени Вы его проходили?....................................
....
8. Как Вы оцениваете результаты: не удовлетворительно; удовлетворительно; отлично
9. Что привело Вас на психотерапию? ....
....

Ваш опыт лечения психотерапией

10. Ваш психотерапевт поощрял Ваши способности и достижения O O O O
11. Ваш психотерапевт Вас внимательно слушал O O O O
12. Ваш психотерапевт, стремился передать Вам свои эмоции и чувства O O O O
13. Ваш психотерапевт игнорировал Ваши достижения O O O O
14. Ваш психотерапевт хорошо понимал Ваши чувства O O O O
15. Вы могли свободно и открыто выражать свои эмоции и чувства, не боясь осуждения O O O O
16. Ваш психотерапевт был не искренен O O O O
17. Психотерапевт уделял Вам достаточно времени O O O O
18. Ваш психотерапевт был терпелив по отношению к Вам O O O O
19. Ваш психотерапевт предоставлял Вам полную свободу поведения O O O O
20. Вам казалось, что психотерапевт не понимает Ваших чувств O O O O
21. Вы не боялись «ошибиться» или повести себя «не правильно» во время занятий O O O O
22. Психотерапевт выказывал недовольство медленным ходом изменений в процессе психотерапии O O O O
23. Эмоции и чувства психотерапевта были Вам понятны O O O O
24. Ваш психотерапевт находил и называл Ваши возможности O O O O
25. Ваш психотерапевт настолько увлекался, что иногда Вам казалось, что он Вас не слышит O O O O
26. Ваш психотерапевт вселял в Вас надежду O O O O
27. Ваш психотерапевт говорил о своих эмоциях и чувствах O O O O
28. Ваш психотерапевт поощрял проявление любых Ваших чувств O O O O
29. Ваш психотерапевт всегда находил время, чтобы поговорить о чувствах и эмоциях O O O O
30. Интерес психотерапевта к Вашей проблеме был

искренним и неподдельным О О О О
31. Вы не понимали, какие эмоции и чувства испытывает Ваш психотерапевт О О О О
32. Ваш психотерапевт полагал, что есть шанс на разрешение Ваших проблем О О О О
33. Ваш психотерапевт не интересовался Вашими чувствами О О О О
34. Ваш психотерапевт доверял Вашим способностям и возможностям О О О О
35. Психотерапевт сравнивал свои чувства с Вашими О О О О
36. Ваш психотерапевт показал Вам на своем примере как можно жить в мире со своими чувствами О О О О
37. Ваш психотерапевт относился к решению Вашей проблемы без оптимизма О О О О
38. Ваш психотерапевт не был уверен в Вашей способности справиться с проблемой О О О О
39. Психотерапевт правильно называл Ваши чувства О О О О
40. Психотерапевт поддерживал Ваше стремление высказаться, даже если Вы выражались путано О О О О
41. Ваш психотерапевт всегда нарушал молчание первым О О О О
42. Ваш психотерапевт был эмоционально холоден О О О О
43. На занятиях у Вас хватало времени, чтобы прислушаться к собственным чувствам О О О О
44. Вас обижали высказывания психотерапевта О О О О
45. Вы опасались выражать свои эмоции и чувства О О О О
46. Если Вы не чувствовали себя эмоционально в безопасности то почему?____
47. Чего Вам не доставало со стороны психотерапевта? ____
48. Что могло бы помочь Вам чувствовать себя эмоционально в большей безопасности? ____________________________________

Спасибо за Ваше сотрудничество и что Вы нашли время заполнить этот опросник.

Ключ к опроснику ЭБ тер.

Ответы на вопросы «Да», «Скорее да», «Скорее нет» и «Нет» соответствуют баллам 4, 3, 2, 1 в категории вопросов со знаком «+». В категории со знаком «—», баллы распределяются в обратном порядке, т.е. 1, 2, 3, 4. Например, если ответы на вопросы 16, 25, 31 и 38 соответствуют «Да», «Скорее нет», Скорее да» и «Нет», то соответственно баллы распределятся следующим образом: 4, 3, 3 и 4. В сумме они составляют 14, что будет соответствовать высокому уровню развития способности (см. табл. 1).

1. 16+ 25- 31+ 38-
2. 15- 22+ 34+ 40-
3. 19+ 32- 33+ 46+
4. 13- 20- 29- 44-
5. 17- 26+ 30- 48+
6. 14+ 27- 36+ 43+
7. 24+ 37+ 41+ 47-
8. 18- 39+ 42- 45-
9. 21+ 23- 28+ 35+

Ключ к опроснику ЭБ пац.

Инструкции те же.

1. 14+ 20- 33- 39+
2. 11+ 25- 30+ 42-

3.	16-	27+	35+	36+
4.	12+	23+	31-	44-
5.	13-	26+	32+	37-
6.	10+	24+	34+	38-
7.	15+	19+	28+	45-
8.	17+	29+	41-	43-
9.	18+	21+	22-	40+